



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

João Filipe Martins Alves

**Uma análise custo-benefício da intervenção do
terapeuta da fala em alunos com necessidades
educativas especiais em contexto escolar**

Tese de Mestrado

Mestrado em Economia e Política de Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Anabela Botelho

Janeiro 2012

Declaração

Nome: João Filipe Martins Alves

Endereço eletrónico: brg.joaoalves@gmail.com

Telefone: 936256421

Número do Bilhete de Identidade: 12994507

Título tese

Uma análise custo-benefício da intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar

Orientadora: Professora Doutora Anabela Botelho

Ano da conclusão: 2012

Designação do Mestrado: Economia e Política da Saúde.

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO
APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;**

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

Agradecimentos

A presente dissertação é resultado de um esforço pessoal que me propus para finalizar o mestrado em Economia e Política da Saúde, na Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.

Independentemente do meu empenho, este trabalho não teria sido finalizado sem a disponibilidade e o apoio de algumas pessoas. Por essa razão gostaria de lhes dirigir o meu agradecimento.

À Dra. Anabela Botelho a quem agradeço a sua orientação, colaboração e a exigência, que foram muitas vezes cruciais para o relançamento de energias, para dar continuidade ao trabalho.

À ACIP, instituição que acolheu com agrado a implementação do estudo e se disponibilizou, na pessoa do seu Presidente, Sr. Francisco Lima.

Às Terapeutas da Fala da ACIP, pela colaboração prestada, quando o seu tempo já era, também, escasso ao conseguirem dar resposta aos questionários entregues.

A alguns colegas de profissão, que ofereceram o seu tempo para ajudarem a dar forma aos questionários.

A todos os Terapeutas da Fala que, a nível nacional, participaram no meu questionário, criado na internet. Não imaginam o quão gratificante foi, para mim, a vossa colaboração.

Aos professores e professoras do mestrado, que me proporcionaram conhecimento, especialmente aqueles a quem reconheço terem exercido estímulo para dar continuidade aos estudos.

E a todos os meus verdadeiros amigos/família, a quem tantas vezes privei da minha presença e que, no entanto, sempre se disponibilizaram para me ajudarem.

Aos meus pais um muito obrigado por tudo que me proporcionaram em 25 anos de existência! E um obrigado muito especial para a minha avó Deolinda!

Uma análise custo-benefício da intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar os benefícios e os custos inerentes à intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar. Porque não existem em Portugal quaisquer dados empíricos ou quaisquer estudos prévios sobre estas matérias, as medidas dos benefícios e custos são, para efeitos da presente análise, extraídas das respostas dadas por encarregados de educação de alunos com necessidades educativas especiais e por terapeutas da fala relativamente a vantagens/desvantagens e custos da intervenção deste profissional de saúde em contexto escolar através de inquéritos que lhes foram dirigidos. Uma vez que a possibilidade de intervenção de terapeutas da fala em contexto escolar é bastante recente, a apreciação da grandeza dos benefícios e custos neste contexto é feita por comparação com similares medidas relativas à intervenção deste profissional de saúde no contexto tradicional, isto é, o contexto clínico.

Sumariamente, das respostas extraídas dos questionários que lhes foram dirigidos, pode concluir-se que os encarregados de educação preferem a intervenção terapêutica que se desenrola em contexto escolar, enquanto que os terapeutas da fala apontam o contexto clínico como o melhor contexto de trabalho. No entanto, dada a importância da vantagem apontada por estes profissionais de saúde ao trabalho em contexto escolar, acompanhada da clara preferência dos encarregados de educação por este contexto, torna-se claro que urge colmatar sérias deficiências às atuais condições de trabalho com que estes profissionais de saúde se deparam em contexto escolar, nomeadamente no que concerne às condições das salas onde decorre a intervenção e à quantidade/qualidade do material terapêutico que lhes é disponibilizado, para que o propósito maior das intervenções de saúde em contexto escolar seja efetivamente alcançado em Portugal.

A cost-benefit analysis of the speech therapist's intervention in students with special educational needs within the school environment

Abstract

The present study analyses the costs and benefits associated with the intervention of speech therapist in students with special educational needs in schools. Because there is no empirical evidence in Portugal or any previous studies on these issues, the measures of benefits and costs are taken from the replies given by parents of students with special needs and speech therapists on the advantages/disadvantages and costs of the intervention of these health professionals in schools. Given that the possibility of intervention by speech therapists in schools is quite recent, the analyses of these costs and benefits is made by comparison with similar measures relating to the role of these health professional in the traditional context, that is, the clinical context.

In summary, it can be concluded that the parents of students with special needs prefer the therapeutic intervention that takes place in schools, while speech therapists indicate the clinical context as the best work context. However, given the importance of the advantage pointed out by these health professionals to the work in schools, along with the clear preference of the parents for this context, it becomes clear the urgent need to address the serious deficiencies that these health professionals encounter in schools, in particular concerning the conditions of the rooms where the team operates and the quantity/quality of the therapeutic material made available to them, so that the ultimate purpose of health interventions in schools is actually achieved in Portugal.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Índice	vi
Lista de Siglas	viii
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros	x
Índice de Tabelas	xi
Índice de Anexos	xiii
1. Introdução	1
2. Conceitos, Enquadramento Legislativo e Evolução Histórica	5
2.1. O Conceito de Deficiência	5
2.2. Necessidades Educativas Especiais	6
2.2.1. Conceito	6
2.2.2. Evolução Histórica	7
2.2.3. A Realidade Portuguesa	11
3. O Papel da Terapia da Fala	17
3.1. A Profissão de Terapia da Fala	17
3.2. O Processo de Referenciação e Avaliação	18
3.3. A Intervenção do Terapeuta da Fala	20
3.4. Intervenções em Contexto Escolar e em Contexto Clínico	23
4. Análise Empírica: Objectivos e Fonte dos dados	28
4.1. Encarregados de Educação	28
4.2. Terapeutas da Fala	29
5. Apresentação e Discussão dos Resultados	31
5.1. Encarregados de Educação	31
5.1.1. Caracterização da Amostra.....	31
5.1.2. Encaminhamento para Contexto Escolar-ACIP	36
5.1.3. Importância do Contexto Escolar	36
5.1.4. Contexto Escolar vs Contexto Clínico	42
5.2. Terapeutas da Fala	45
5.2.1. Caracterização da Amostra.....	45
5.2.2. Decreto-Lei 3/2008 e Preferência por Contextos de Trabalho.....	57

5.2.3. Contexto Escolar vs Contexto Clínico	58
5.3. Comparação de Custos.....	64
5.3.1. Custos para os Encarregados de Educação	64
5.3.2. Custos para os Terapeutas da Fala	68
6. Conclusão	71
Bibliografia.....	73
Anexos.....	76

Lista de Siglas

ACIP – Ave Cooperativa de Intervenção Psico-Social, C.R.L.

CC – Contexto Clínico

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CE – Contexto Escolar

EE – Ensino Especial

EEE – Equipas de Educação Especial

ER – Ensino Regular

EUA – Estados Unidos da América

TF – Terapeuta da Fala

NEE – Necessidades Educativas Especiais

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SS – Segurança Social

Índice de Figuras

Figura 1: Tríade de intervenientes para troca de informação.....	26
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Divisão de tarefas entre o terapeuta da fala e os docentes de educação especial.....	20
Quadro 2: Agrupamentos escolares abrangidos pela ACIP.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: Escolaridade dos pais.....	31
Tabela 2: Escolaridade das mães.....	32
Tabela 3: Situação Profissional dos pais.....	33
Tabela 4: Situação Profissional das mães.....	34
Tabela 5: Rendimento mensal dos agregados familiares (líquido).....	34
Tabela 6: Composição dos agregados familiares.....	35
Tabela 7: Ciclo(s) que atualmente os filhos frequentam.....	35
Tabela 8: Encaminhamentos.....	36
Tabela 9: Opinião dos encarregados de educação relativamente à intervenção em contexto escolar.....	38
Tabela 10: Opinião sobre o atendimento prestado em contexto escolar.....	41
Tabela 11: Preferência de contexto.....	42
Tabela 12: Opinião sobre o atendimento prestado em contexto escolar.....	44
Tabela 13: Contextos de experiência de trabalho.....	45
Tabela 14: Curiosidade em trabalhar em contexto escolar.....	46
Tabela 15: Curiosidade em trabalhar em contexto clínico.....	46
Tabela 16: Distribuição da amostra por género.....	47
Tabela 17: Idade.....	47
Tabela 18: Conclusão da licenciatura.....	48
Tabela 19: Anos de prática profissional.....	48
Tabela 20: Habilitações académicas.....	49
Tabela 21: Empregabilidade.....	50
Tabela 22: Vínculo laboral.....	50
Tabela 23: Local de trabalho.....	51
Tabela 24: Escola onde se formaram em Terapia da Fala.....	53
Tabela 25: Rendimento mensal.....	54
Tabela 26: Meio de transporte na deslocação casa-trabalho.....	55
Tabela 27: Distribuição da experiência terapêutica.....	56
Tabela 28: Opinião sobre Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro.....	57
Tabela 29: Preferência entre os contextos.....	58
Tabela 30: Preferência entre contexto clínico e escolar.....	61

Tabela 31: Feedback.....	63
Tabela 32: Contexto com maior gasto financeiro.....	65
Tabela 33: Frequência semanal.....	65
Tabela 34: Custo mensal das sessões.....	66
Tabela 35: Sessões compartilhadas.....	66
Tabela 36: Valor compartilhado dos agregados que não recebem apoio custeado na totalidade.....	67
Tabela 37: Disponibilidade para financiar parte da intervenção.....	67
Tabela 38: Opinião sobre custo preço mensal com a intervenção.....	68
Tabela 39: Contexto com maior custo para realizar a sua atividade.....	68
Tabela 40: Custo mensal médio da sua intervenção em contexto clínico.....	69
Tabela 41: Custo mensal médio da sua intervenção em contexto escolar.....	70

Índice de Anexos

Anexo 1: Pedido de autorização dirigido ao Presidente da ACIP.....	76
Anexo 2: Questionário dirigido aos encarregados de educação.....	77
Anexo 3: Questionário online dirigido aos terapeutas da fala.....	84

1. Introdução

O presente estudo tem por objetivo analisar os benefícios e os custos inerentes à intervenção do terapeuta da fala (TF) em alunos com necessidades educativas especiais (NEE) em contexto escolar (CE). Porque não existem em Portugal quaisquer dados empíricos ou quaisquer estudos prévios sobre estas matérias, as medidas dos benefícios e custos são, para efeitos da presente análise, extraídas das respostas dadas por encarregados de educação de alunos com NEE e por TF's relativamente a vantagens/desvantagens e custos da intervenção deste profissional de saúde em CE, através de inquéritos que lhes foram dirigidos. Como adiante se constatará, a possibilidade de intervenção de TF's em CE é bastante recente, pelo que a apreciação da grandeza dos benefícios e custos neste contexto é feita por comparação com similares medidas relativas à intervenção deste profissional de saúde no contexto tradicional, isto é, o contexto clínico (CC).

Para um melhor enquadramento da temática em estudo, e porque os alunos com NEE são portadores de deficiência, importa desde já esclarecer o que se entende por deficiência no âmbito do presente estudo. Este entendimento é o que decorre do enquadramento legislativo pertinente, entendendo-se assim que uma pessoa com deficiência é "(...) aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas" (Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto). O modo como estas pessoas são vistas pela sociedade tem vindo a evoluir até aos nossos dias. No entanto, a discriminação, associada às dificuldades destas pessoas, tem sido uma constante ao longo dos tempos. Uma das áreas em que esteve bem patente essa discriminação foi na educação. Porém, ao longo dos séculos, assistiu-se a uma evolução do papel do cidadão com deficiência, o qual transitou dum estado de completa exclusão do ensino até à inclusão/integração na sua rede de ensino. Historicamente existem quatro fases bem delineadas que serão abordadas mais extensivamente em capítulo subsequente, e que são: exclusão, segregação, integração e inclusão escolar.

Essa inclusão escolar foi conseguida, em parte, a partir da Conferência Mundial de Salamanca, na qual estiveram reunidos vários governos e instituições, com a pretensão de uniformizarem medidas entre os países e na qual ficou definido que o sistema

educacional tinha de se adaptar aos alunos com deficiência, permitindo assim a inserção destas crianças no ensino.

Para colmatar as dificuldades educativas de alunos com deficiência, foi criado o ensino especial (EE), com a função de acompanhar todas as crianças inscritas no sistema educativo que tivessem algum grau de necessidade educativa especial, fosse ela de ordem sensorial, física, intelectual, social ou emocional. Resumidamente, com a inserção de alunos com deficiência no apoio em EE, foram criados currículos especiais, diferentes dos currículos do ensino regular (ER), para permitir uma aprendizagem adaptada às capacidades/competências dos mesmos.

Em Portugal, o EE foi algo negligenciado até aos anos 60 do séc. XX e, só a partir desse momento, foram tomadas algumas medidas. No entanto, apenas com o Decreto-Lei 319/91 é que o EE foi consolidado em CE. Em 2001, através do Decreto-Lei 6/2001 reforçou-se, uma vez mais, a vontade de minorar as dificuldades dos alunos portadores de deficiência, através da adaptação do ensino a cada indivíduo com NEE. O conceito de EE manteve-se sem alterações até surgir o Decreto-Lei 3/2008 que, além de ter ajustado algumas das lacunas do decreto anterior, também teve bastante relevância para os profissionais da terapia da fala, uma vez que permitiu que estes profissionais de saúde, entre outros, realizassem a sua intervenção terapêutica nas escolas, o que não acontecia até à data.

Esta medida educativa foi bastante significativa, porque possibilitou que estes alunos recebessem apoio terapêutico não apenas fora da escola, mas também dentro, o que é deveras relevante, uma vez que este é o contexto onde as crianças mais tempo passam durante a semana. Além disso, a escola tem um grande peso na sociedade atual e, através dela, pode-se mudar a consciência da sociedade (World Health Organization, 1998).

Nesse mesmo decreto ficou definido como deveria ser feita a referenciação e a avaliação dos alunos com NEE, que são aspetos importantes na orientação de objetivos para cada intervenção terapêutica.

Para que melhor se compreenda o trabalho desempenhado pelo TF, importa referir que este é, atualmente, definido como o técnico de diagnóstico e terapêutica responsável pelo “desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações na comunicação humana, englobando, não só, todas as funções

associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal” (Dec. Lei nº564/99 de 21 de Dezembro).

Importa referir que a população sobre a qual o TF é bastante abrangente, visto que pode abarcar diversas patologias, presentes quer em recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e em pacientes de terceira idade. Essas patologias podem ser decorrentes de alterações sensoriais (visão e/ou audição), atrasos de desenvolvimento da linguagem, perturbações do espectro do autismo, multideficiência, défice cognitivo, perturbações específicas de linguagem, perturbações articulatórias e/ou fonológicas, perturbações vocais, perturbações de alimentação, dificuldades na motricidade orofacial, decorrentes, por exemplo, de um acidente vascular cerebral, paralisia cerebral, síndromes, traumatismos cranio encefálicos, entre outros.

Esta abrangência implica uma adaptação algo exigente deste técnico superior de saúde, quer aos pacientes que apoia, quer aos contextos onde desenvolve a sua atividade, que variam entre o sector da saúde e da educação.

No primeiro sector, o TF desenvolve a sua prática em equipas de instituições de cuidados de saúde públicos ou privados, hospitais, centros de reabilitação, centros de saúde ou clínicas, atuando em parceria com áreas específicas da medicina, tais como cirurgia plástica reconstrutiva dos órgãos envolvidos na produção de fala, neurologia, ortodontia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, entre outros.

No segundo sector, este profissional está envolvido na área da educação, uma vez que se encontra habilitado a atuar em parceria com outros elementos (educadores, professores, etc) que trabalham com crianças/alunos que se encontram em jardins-de-infância, escolas de ER e EE, ou ainda desenvolver atividades de investigação e docência ao nível do ensino superior.

Como acima mencionado, as intervenções terapêuticas nestes indivíduos, durante muito tempo, foram realizadas apenas em CC, ou seja, num contexto artificial, no qual os alunos com NEE tinham de ser retirados dos seus contextos naturais (casa e escola).

Atualmente os TF's que trabalham em CE podem ser contratados pelos agrupamentos escolares, através de concurso público ou por meio de instituições de saúde que realizam a sua intervenção nas escolas, através de protocolos estabelecidos entre estas duas entidades. Na impossibilidade de estudar todas as instituições de saúde que trabalham deste modo, apenas foi selecionada a Ave Cooperativa de Intervenção Psico-

Social, C.R.L. (ACIP) para objeto deste estudo. Desta forma, realizaram-se inquéritos aos encarregados de educação cujos filhos/alunos com NEE têm apoio da ACIP, para se recolher a sua opinião relativamente à intervenção do TF em CE.

Além da opinião dos encarregados de educação ter bastante relevância, uma vez que se pode considerar que este é o comprador de um serviço, também é importante para este estudo compreender a satisfação dos TF relativamente à sua intervenção em CE, visto que é este profissional que fornece o serviço. Para atingir esse objetivo foram enviados inquéritos via correio eletrónico a vários TF's.

Independentemente da satisfação dos encarregados de educação e dos TF's, os custos inerentes à intervenção terapêutica em cada um dos contextos também tem bastante importância. Como se sabe, atualmente, confere-se à educação um lugar de relevo, embora a mesma consuma uma parte substancial dos recursos que a sociedade produz. Por se considerar que esses recursos devem ser bem utilizados, reduzindo custos desnecessários, torna-se importante a criação de metodologias capazes de planejar a distribuição correta desses recursos. O presente estudo, ao avaliar comparativamente os custos e benefícios da intervenção do TF nos dois contextos em apreço, pretende, ainda que de forma preliminar, contribuir para a concretização desse objetivo proporcionando uma reflexão sobre o melhor contexto para se realizar a intervenção com alunos com NEE.

Além deste capítulo introdutório, o presente trabalho conta com mais cinco capítulos. No segundo capítulo procede-se ao esclarecimento de conceitos e à apresentação do enquadramento legislativo relevante. O papel do TF no âmbito desta temática é discutido no terceiro capítulo. No quarto capítulo apresenta-se a fonte dos dados subjacentes à análise empírica. A apresentação e discussão dos resultados são realizadas no quinto capítulo. As principais conclusões deste estudo são sumariadas no sexto e último capítulo.

2. Conceitos, Enquadramento Legislativo e Evolução Histórica

2.1. O Conceito de Deficiência

Pela sua pertinência no âmbito do tema em estudo, importa desde logo explicar o que se entende por *deficiência*. De acordo com a Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto, no seu artigo nº 2, uma pessoa com deficiência é definida como “(...) aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”.

Nos nossos dias, as pessoas com algum grau de deficiência ainda são discriminadas nas comunidades onde vivem e frequentemente são excluídas do mercado de trabalho, demonstrando uma incapacidade da sociedade para corrigir a exclusão, que remonta aos inícios da socialização humana. Tal como Maciel (2000) refere “A estrutura das sociedades, desde os seus primórdios, sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, foram sempre alvo de atitudes preconceituosas e acções impiedosas. A literatura clássica e a história do Homem reflectem esse pensar discriminatório, pois é mais fácil prestar atenção aos impedimentos e às aparências do que aos potenciais e capacidades de tais pessoas”.

No entanto, com a legislação actual existe a pretensão de tornar a sociedade mais igualitária. No artigo 71º da Constituição Portuguesa é referido que “Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados”.

No artigo nº 3 da Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto são definidos como objetivos a criação de uma “(...) política global, integrada e transversal de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, através, nomeadamente, da:

1. Promoção da igualdade de oportunidades, no sentido de que a pessoa com deficiência disponha de condições que permitam a plena participação na sociedade;
2. Promoção de oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida;
3. Promoção do acesso a serviços de apoio;

4. Promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência”.

E por fim, é importante referir a Lei nº 46/2006 de 28 de Agosto, uma vez que, com a sua criação, pretendeu-se “(...) prevenir e proibir a discriminação, directa ou indirecta, em razão da deficiência, sob todas as suas formas, e sancionar a prática de actos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais, ou na recusa ou condicionamento do exercício de quaisquer direitos económicos, sociais, culturais ou outros, por quaisquer pessoas, em razão de uma qualquer deficiência”.

2.2. Necessidades Educativas Especiais

2.2.1. Conceito

Na tentativa de contrariar a exclusão de crianças com deficiência, surge, em vários países o conceito de NEE, que Sanches (2001) define como sendo a necessidade “(...) de um complemento educativo e/ou diferente daquele que é normalmente praticado nas escolas do ensino regular. Esse complemento será a resposta a dar a cada caso e terá de ser específica e baseada em critérios educativo/pedagógicos, tendo como objectivo promover o desenvolvimento e educação do aluno utilizando todo o seu potencial (...) para que ele possa viver como cidadão válido, autónomo e ajustado”.

Com esta inclusão pretende-se proporcionar a todos um acesso melhor à aprendizagem, através da criação/adaptação de estruturas físicas e recursos, da elaboração de programas curriculares que permitam dar uma resposta adequada a cada indivíduo, garantindo o direito à educação para todos (Gaspar, 2008). No entanto, o mesmo autor considera que “Fomentar uma escola inclusiva é uma tarefa árdua porque pressupõe a adaptação da escola às necessidades dos alunos, considerando a diversidade de cada um, com foco na comunidade livre de barreiras, quer sejam elas arquitectónicas ou curriculares, promovendo a colaboração e equidade”.

As NEE continuam a ser um conceito recente e atualmente ainda se encontra a ser globalmente aprimorado. De facto, com uma breve revisão bibliográfica sobre o tema, facilmente nos deparamos com afirmações semelhantes a esta: “Há não muitos anos, crianças com necessidades educativas especiais eram automaticamente associadas a insucesso e frustração. Crianças com rótulos eram vistas como crianças que não conseguem. Apesar dos esforços heróicos dos pais e professores de educação especial

para demonstrar o quanto estas crianças podem, de facto, aprender, a “sabedoria” que prevalecia com frequência consistia em não esperar demasiado (...)” (Baker e Brightman, 2009).

2.2.2. Evolução Histórica

Como anteriormente referido, o conceito de NEE continua a ser lapidado. Por essa razão, nesta parte do trabalho será feita uma breve abordagem histórica do conceito de NEE, com o intuito de se proceder a um melhor enquadramento do tema em questão.

Almeida (2008) defende a ideia de que existiram quatro fases até à atualidade que, respetivamente, denominou de exclusão (antes do séc. XVI), segregação (séc. XVII até ao séc. XX), integração (décadas de 40 a 80) e por fim a inclusão escolar.

O autor define a *exclusão* como sendo a época em que a sociedade excluía as pessoas com deficiência, devido a crenças que as consideravam como sendo possuidoras de maus espíritos. Jiménez (1993), citado por Gaspar (2008) refere que, neste período, pessoas deficientes eram frequentemente associadas a atos de feitiçaria ou conotados a atos demoníacos, o que as conduzia à exclusão, aliado ainda à perseguição e julgamento público das mesmas.

Por sua vez, na época da *segregação*, as pessoas portadoras de deficiência eram retiradas da família e institucionalizadas em locais de cariz religioso, não lhes sendo porém dada a qualidade de vida e atenção adequadas. Este novo período está fortemente associado ao surgimento de uma corrente humanista, encabeçada por Locke, Rousseau e outros filósofos, que auxiliaram na mudança de mentalidade da sociedade. A partir desse momento, além da sociedade estar mais desperta para esta questão, também se tornou mais tolerante à diferença (Almeida, 2008; Correia, 1997 citado por Lavrador, 2009).

Nos finais deste período, surge uma nova alteração de mentalidade, com o surgimento de uma investigação científica, liderada por investigadores ligados às áreas da psicologia e medicina. Um dos mais notáveis, foi Jean Itard que pode ser considerado o pai do ensino ou educação especial (EE), uma vez que foi “(...) um dos pioneiros de estudos mais científicos e sistematizados, (...) pelo trabalho efectuado, com uma criança encontrada num bosque em Aveyron (criança selvagem de Aveyron), pressupostamente portador do que hoje se designa por deficiência mental

severa/profunda (...). Durante cinco anos, Itard trabalhou com esta criança e, embora em termos linguísticos os avanços não tenham sido brilhantes, em termos sociais foram muito animadores. Nascia, assim, o EE, apoiada em estratégias e métodos específicos em que a ênfase era dada à sistematização e à individualização das intervenções” (Correia, 1997, citado por Lavrador, 2009).

De acordo com Moreira (2006), citado por Lopes (2010), “A partir do século XIX verifica-se uma mudança de uma perspectiva assistencial para uma perspectiva clínica, percebendo-se uma preocupação com questões terapêuticas e também educativas (...) foi com a Declaração Universal dos Direitos das Crianças (1921), a valorização dos Direitos Humanos (1948), as consequências culturais do fim 2º Guerra Mundial e o aparecimento de opiniões variadas sobre a questão de segregação como alvo indesejável que se iniciaram as primeiras experiências de integração. Os indivíduos com deficiência passaram a ser considerados como possuidores dos mesmos direitos dos outros cidadãos, entre eles a participação na vida social e à sua consequente integração escolar e profissional”.

Como foi referido no parágrafo anterior, no período após a II Grande Guerra, os especialistas começaram a constatar que a inclusão das crianças institucionalizadas na sociedade não estava a ser bem sucedida. Surge assim o período da *integração*, no qual se pretendeu integrar os alunos nas escolas ditas regulares. Nesta época notaram-se algumas melhorias consideráveis, com o surgimento de escolas especiais ou de turmas especiais a encabeçar essa mudança; no entanto, as crianças com deficiência eram separadas das outras, para que não perturbassem o “bom” funcionamento da turma (Almeida, 2008).

Relativamente à área da educação, o conceito de NEE surgiu inicialmente na Inglaterra, através do relatório realizado por Mary Warnock, que se intitulou de *Warnock Report* (1978). Segundo Warnock (1978), as NEE estavam dependentes de vários fatores, que não pressupunham, obrigatoriamente, um background de deficiência. No entanto, a mesma autora considera que, se não existisse uma intervenção educativa adequada, esta poderia agravar-se. Por essa razão, os alunos com NEE, tendo em atenção a adaptação curricular dos mesmos, necessitam que haja uma adequação no que concerne às instalações e aos equipamentos e ainda das técnicas focadas no EE.

Através de um artigo de opinião de Madeleine Will, no qual esta apela à unificação dos sistemas de ER e EE e se enfatiza que a cooperação entre professores desses ensinamentos

distintos seria bastante produtiva, uma vez que se conseguiria diversificar as respostas, atuando através da “(...) elaboração conjunta de programações que pudessem responder às suas necessidades tendo por base a suas características. A classe regular surge como a modalidade de atendimento mais eficaz para os alunos com NEE que nela se deveriam receber, sempre que possível, todos os serviços de que necessitassem. Nesse artigo, Madeleine Will chamou a essa tentativa de reunificação que propunha, Regular Education Initiative (REI) (Iniciativa Global de Educação ou Iniciativa do Ensino Regular) que, de certa forma, foi a precursora do movimento da inclusão” (Correia, 1997, citado por Lavrador, 2009).

Atualmente, presencia-se um período de *inclusão escolar*, no qual a sociedade tem a responsabilidade de se adaptar às dificuldades das pessoas com deficiência, com o desígnio de se atingir uma sociedade mais igualitária. De acordo com alguns autores, essa igualdade é possível através da inclusão social, na qual se pretende “(...) que todos os alunos tenham direito a uma educação igual e de qualidade (...). Que a todos os alunos seja facilitada a sua transição para a vida activa, por forma a que eles se venham a mover na sociedade a que por direito pertencem com a maior autonomia e independência possíveis” (Nielsen, 1999).

Como foi supracitado, presentemente a educação inclusiva foi o meio escolhido para se atingir a educação para todos, independentemente das capacidades dos indivíduos e, para que seja bem sucedida, necessita que exista uma diminuição das barreiras físicas e humanas. No texto que se segue pretende-se explanar a educação inclusiva, utilizando como fio condutor a Declaração de Salamanca de 1994.

Esta declaração surgiu numa Conferência organizada pelo Governo de Espanha em cooperação com a UNESCO, que foi historicamente relevante para a implementação universal da educação inclusiva. Nela estiveram presentes 92 governos e 25 organizações internacionais, com a pretensão de uniformizarem as suas medidas ou execução de projetos, de acordo com as necessidades específicas de cada estado. Resumindo, ambicionava-se o término da exclusão das crianças devido às suas incapacidades e, para se atingir esse fim, ficou decidido que o sistema educacional deveria adaptar-se às habilidades, interesses e necessidades de aprendizagem de cada aluno com deficiência. Considerou-se essencial que a educação inclusiva fosse implementada nos agrupamentos escolares. Utilizando a escola como base para a

entrada deste conceito, objetivou-se que seria possível construir uma sociedade inclusiva e, conseqüentemente, mais igualitária e democrática.

Como foi referido anteriormente e corroborando através de uma pequena pesquisa bibliográfica, é quase consensual que os autores consideram que as medidas acordadas foram um marco no desenvolvimento das NEE, como, por exemplo, se pode observar neste comentário de Baker e Brightman (2009): “Os tempos, e ainda bem, mudaram (...) assistimos não só a uma mudança de legislação histórica, mas também, como resultado, a um ajustamento dramático, em relação às expectativas, de crianças com necessidades educativas especiais e dos seus pais. Crianças com incapacidades são vistas no século XXI como crianças que conseguem. Conseguem aprender. Conseguem interagir produtivamente com os seus pares que não têm incapacidades. Eles conseguem participar mais activamente em todos os aspectos da sociedade”. Os comportamentos que muitos alunos manifestam na escola são determinados não apenas por fatores de natureza física, mas também pelos contextos de vida em que se situam. Ainda dentro deste âmbito pode-se afirmar que as escolas estão cheias de crianças e adolescentes que não se enquadram no atual sistema educativo e, apesar de não serem menos inteligentes, não apresentam respostas positivas e têm maus resultados escolares, sendo muitas vezes marginalizados, quando na realidade necessitam apenas de um acompanhamento mais individualizado. Este apoio deve ser alargado a outros atores educativos que não apenas os professores. Por exemplo, o TF pode contribuir para o apoio, através de um trabalho que se quer multidisciplinar.

No entanto, nessa mesma pesquisa bibliográfica encontram-se alguns autores com uma visão mais negativista. A título de exemplo, Maciel (2000), além de concordar que a educação inclusiva tenha saído fortalecida com a Declaração, considerou que a mesma não resolveu os problemas de marginalização, na medida em que continuavam a existir problemas de exclusão, principalmente no período anterior à escolarização. Desta forma, esta autora defendeu que deveriam ser criadas medidas para auxiliar tanto as pessoas com deficiência desde o seu nascimento como os seus responsáveis/familiares, uma vez que estas famílias têm a sua realidade alterada e têm de fazer um esforço adicional, comparando com os pais de crianças sem deficiência.

2.2.3. A Realidade Portuguesa

Após uma breve referência ao panorama das NEE a nível mundial e das medidas retiradas da Declaração de Salamanca, neste subcapítulo irá ser abordada a realidade portuguesa.

No nosso país, tal como sucedeu nos restantes, a educação para pessoas com deficiência é um conceito recente. Nos primórdios, estes indivíduos eram rejeitados pela sociedade até que no século XVIII começaram a surgir as primeiras ideias de integração dos mesmos através da educação. Jacob Rodrigues Pereira tem o mérito de ter sido uma das pessoas que mais contribuiu para o desenvolvimento deste tema em Portugal (Sanches, 1995, citado por Gaspar, 2008).

Em 1822, com o intuito de ajudar na educação de surdos e cegos, foram criados vários Institutos, através de um pedido realizado por António Freitas Rego ao então rei de Portugal, D. João VI. Na sequência da criação desses institutos começam a surgir cursos de especialização de professores, que pretendiam aumentar as competências específicas destes para apoiar estas crianças (Sanches, 1995, citado por Gaspar, 2008).

Apesar do que foi feito até então, o EE foi algo negligenciado até aos anos 60 do séc. XX. No entanto, nessa década, aconteceram transformações sócio-económicas e demográficas que levaram a uma adaptação da Sociedade/Estado. As modificações mais observáveis foram a migração de pessoas de zonas rurais do interior para a faixa litoral de Portugal, a emigração para outros países da Europa e o envio de homens para a guerra colonial. Os movimentos migratórios nesta década foram tendencialmente mais acentuados no sexo masculino. Com a saída dos homens do contexto familiar próximo, a estruturação familiar enraizada até então teve uma súbita mudança, com a necessidade das mulheres abandonarem o seu papel de esposas e mães sempre presentes na lide doméstica e iniciarem a sua vida ativa, ingressando no mercado de trabalho. Consequentemente, foi exercida pressão nos serviços oficiais para criarem estruturas de acolhimento para crianças, de modo a colmatar essa ausência de atenção das mães durante o seu período laboral (Urbano, 1997, citado por Gamelas, 2003 e Oliveira, 2007). Nesta ocasião, o Estado com o apoio de financiamento privado, além de ter criado creches e jardins-de-infância, também contribuiu para o surgimento de estabelecimentos para crianças deficientes. O propósito central destas instituições era de assistir a população composta por pessoas com deficiência visual, auditiva e mental não

estando, todavia, englobados indivíduos com deficiências mais ligeiras (Gamelas, 2003).

A intervenção oficial destacou-se com a criação de centros de EE que, primeiramente, ficaram sob o cuidado da Assistência Social/Segurança Social (SS) e, a partir dos anos 70, sob a alçada do Ministério da Educação. Porém, os recursos investidos para o apoio às crianças com deficiência continuavam a ser insuficientes, o que levou cidadãos a criarem associações sem fins lucrativos com o auxílio da SS, como por exemplo a *Associação Portuguesa para Protecção às crianças Autistas* e a *Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral* (Gamelas, 2003). Ainda nos anos 70, o Ministério da Educação assumiu novas políticas, criando a Divisão de Ensino Especial e a Divisão de Ensino Especial e Profissional. Com estas divisões, pretendeu-se desenvolver um ensino integrativo para jovens com deficiências auditivas, visuais e motoras, através da formação de professores especializados que organizariam essas estruturas educativas (Costa citado por Gamelas, 2003).

Em 1976, o Ministério da Educação criou as Equipas de Educação Especial (EEE), que tinham o objetivo de incluir alunos com deficiência motora, auditiva e visual mas com capacidade intelectual suficiente, no currículo escolar normal (Gamelas, 2003).

Em 1986, através da publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº46/86, subsecção IV), é que realmente foram dados os primeiros passos para uma educação integrativa. Assim, é referido que a EE fica a ser considerada uma modalidade especial de educação escolar, atribuindo-se maior responsabilidade ao Estado na educação de crianças deficientes. Nessa lei é referido o comprometimento que se deve “Assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas, designadamente, a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades”. Contudo, alguns autores aduzem que esta lei mantinha aspetos segregativos, afirmando que “Sobre este sistema segregado, confinado às estruturas privadas, convém referir que, à excepção das Cercis, onde o Ministério da Educação teve desde logo um papel activo a nível do apoio técnico e financeiro, a acção deste Ministério permaneceu muito reduzida. Manteve-se assim, maioritariamente, no sector da Segurança Social, o apoio financeiro e a coordenação do encaminhamento de alunos para essas estruturas. A qualidade do ensino prestado, as condições organizativas e aspectos funcionais de carácter técnico e científico a ele indispensáveis eram

praticamente desconhecidos pelo Ministério da Educação” (Bairrão, 1998, citado por Gamela, 2003).

Até ao início da década de 90, as EEE atuavam no âmbito da integração das crianças em contexto escolar (CE). No entanto, existia uma lacuna legislativa relativamente ao campo de ação destas equipas, que foi colmatada através da publicação do Decreto-Lei 319/91, que veio regulamentar o apoio aos alunos com NEE. Este decreto-lei é um dos marcos relevantes da evolução do EE em Portugal, uma vez que consolidou as NEE em CE, embora tivesse apresentado imperfeições na clarificação de alguns conteúdos. Um dos lapsos desta legislação foi a falta de explicitação da integração como um direito adquirido da criança, ou seja, a aceitação das crianças nas turmas estava dependente do livre arbítrio das escolas. Esta situação pode ser contextualmente compreendida, uma vez que, no final da década de 80, acreditava-se que a escola regular, enquanto sistema, se adaptaria à entrada de alunos com NEE, o que na realidade não se verificou. A falta de esclarecimento também originou alguns problemas na prática, uma vez que o EE começou a ser considerado o único apoio, em CE, para auxiliar todas as crianças que não se adequavam aos padrões do ER (Afonso, 2008).

Em 2003, realizou-se uma conferência na Fundação Calouste Gulbenkian, intitulada de *convenção internacional sobre os direitos humanos das pessoas com deficiência - “Necessidades e benefícios”*. Nesta, considerou-se que Portugal, apesar de ser considerado um país desenvolvido, ainda não tinha criado as condições ideais para a população com deficiência, como se pode constatar nesta afirmação: “Os progressos evidenciados pelo país, em termos políticos, económicos e sociais desde o 25 de Abril de 1974, não se traduziram proporcionalmente na melhoria significativa dos índices de qualidade de vida das pessoas com deficiência. Portugal nesta matéria, apesar da legislação existente, está mais próximo dos países menos desenvolvidos, do que propriamente dos seus parceiros da União Europeia” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2003).

Outra das conclusões retiradas nesta conferência foi que existiram entraves, quando se iniciou a inclusão da população com deficiência motora no ER, causados pela falta de condições dos edifícios e de preparação humana e técnica dos professores e auxiliares. Essas dificuldades, em vários casos, impediram mesmo a entrada de crianças no ensino e, por isso, alteraram a vida dos responsáveis (familiares) que tiveram, em muitos casos, de abandonar o emprego para cuidarem dos seus filhos nas suas rotinas diárias. Esta

forma implícita de exclusão conduziu a uma falta de educação/formação e de preparação dos mesmos, para o mercado de trabalho. A consequência mais visível desta falta de preparação para o mundo laboral foi, num primeiro momento, a falta de igualdade na obtenção de um emprego, já por si dificultada pela discriminação da sociedade.

Em 2001 através do Decreto-Lei 6/2001, considerou-se que teriam apoio em EE, todos os alunos com NEE “(...) de carácter permanente os alunos que apresentem incapacidade ou incapacidades que se reflectam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade ou do comportamento ou graves problemas de saúde”. Com esta legislação reforçou-se a vontade de minorar as dificuldades dos alunos com deficiência, através da adaptação do ensino às capacidades e competências de cada um.

O conceito de EE continuou inalterável até ao surgimento do Decreto-Lei 3/2008. Esta legislação teve vários aspetos positivos, dos quais se pode destacar, no seu segundo artigo, que as escolas “(...) não podem rejeitar a matrícula ou a inscrição de qualquer criança ou jovem com base na incapacidade ou nas necessidades educativas especiais que manifestem”, colmatando uma falha existente até à data.

No primeiro artigo deste decreto, ficou definido que a população que usufruiria destes apoios especializados seriam os alunos com NEE “(...) com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social”. Como se pode constatar, após leitura atenta da citação anteriormente feita, os alunos com NEE que não tiverem deficiência diagnosticada, são excluídos, independentemente da necessidade de terem um apoio especializado. Esta “exclusão” desvia as NEE do seu conceito inicial, que originalmente propunha que fossem “(...) analisadas as dificuldades escolares das crianças não em função da sua etiologia, sob critérios médicos, mas sob critérios educativos, mais próximos das dificuldades escolares apresentadas” (Sanches e Teodoro, 2006).

Esta legislação também implementou um novo tipo de classificação, para triagem de crianças que deveriam ser acompanhadas pelas EEE. Como se pode ler no seu artigo 9º,

os dados são “(...) obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, em termos que permitam identificar o perfil concreto de funcionalidade”.

De acordo com Farias e Buchalla (2005), com esta classificação pretendia-se substituir “(...) o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as actividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social”. Além disso, de acordo com os mesmos autores, com a adoção da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), era possível uniformizar a nomenclatura, que seria uma grande vantagem na comunicação entre profissionais de saúde, investigadores científicos, organizações da sociedade civil e todos os outros indivíduos relacionados com a intervenção.

Todavia, a utilização desta classificação no âmbito educativo não reúne consenso e a sua escolha tem sido alvo de várias críticas. Correia (2007) argumenta que a CIF foi criada “(...) para a vivência comunitária e categorizações de saúde e não (para) a educação”. O mesmo autor reforça o seu argumento, referindo que não existiu uma investigação fidedigna, nem a consulta de opiniões de especialista na área da educação, ou de outros, como encarregados de educação, professores ou associações ligadas à área da educação, o que remete esta classificação para a incerteza, que é de todo desaconselhável. Afonso (2008), aduz que a sua “(...) utilização, no terreno da educação, de um instrumento elaborado para o âmbito da saúde, está apenas a servir como forma de legitimar a separação entre alunos com e sem deficiência, o que vem contrariar toda a tendência registada anteriormente na educação especial”.

Outra das medidas adotadas com este decreto-lei foi a criação de escolas de referência para alunos com multideficiência, perturbações do espectro autista, surdos e cegos. Com esta medida, obteve-se claramente a concentração de recursos especializados, sendo bastante benéfico do ponto de vista da rentabilização de recursos, sejam eles humanos e/ou físicos; contudo, é importante assinalar que esta medida poderia conduzir à retirada das crianças do seu contexto familiar, uma vez que essas escolas podiam não se localizar nas proximidades da sua habitação.

O EE, a partir da entrada em vigor deste decreto-lei, centrou-se “(...) no défice em que existe uma maior preocupação com a intervenção especializada de remediação ou compensação dos alunos, em detrimento das mudanças do contexto” (Afonso, 2008).

Este autor tece uma dura crítica a esta situação, uma vez que considera que o EE deveria atuar no contexto de sala de aula, através de programas de diferenciação curricular que permitissem a coexistência de alunos com e sem NEE no mesmo contexto, atingindo assim a tão desejada integração.

Em Portugal, o tema da escola inclusiva foi definido pelo Decreto-lei 3/2008, de 7 de Janeiro, e ressalva a importância de se “(...) planejar um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com NEE no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos”.

3. O Papel da Terapia da Fala

No sentido de se abordar a importância da presença do TF na equipa interdisciplinar das NEE, inicia-se este capítulo com uma breve apresentação da profissão de terapia da fala, a que se segue a apresentação do processo de “referenciação e avaliação” subjacente ao início de uma intervenção. Seguidamente, apresentam-se os moldes de intervenção destes profissionais de saúde e, a finalizar, apresentam-se os contextos em que a sua intervenção se pode desenvolver.

3.1. A Profissão de Terapia da Fala

A profissão de terapia da fala é relativamente recente, sendo que, anteriormente, o único profissional de saúde que ficava incumbido de intervir em indivíduos com deficiência, era o médico. No entanto, nos Estados Unidos da América (EUA) e em vários países Europeus surgiram estudos de investigação de patologias da área da Fala. Apesar de todo o trabalho desenvolvido, os investigadores destes estudos, não poderiam ser considerados TF's, uma vez que não estavam certificados (Duchan, 2002).

Com a viragem do séc. XX, nos EUA, existiam grupos de pessoas que se auto proclamaram de corretores da fala (“speech correctionists”, em inglês), que, originalmente, eram professores (Duchan, 2002). Esses assumiram o tratamento de crianças que apresentavam alterações de comunicação, distúrbios articulatorios/aquisição da linguagem e fenda lábio-palatina, através da criação de turmas, que recebiam aulas e terapias. Na primeira década desse século, nos EUA, estes professores começaram a especializar-se e a alargar o seu conhecimento para áreas como anatomia-fisiologia e psicanálise, e percorreram as escolas, para auxiliarem alunos com dificuldades de aprendizagem (Guedes, 2006).

Em 1925, foi criada a *American Academy of Speech Correction*, predecessora da *Associação Americana de Fala, Linguagem e Audição* (ASHA, na sigla em inglês), que atualmente é a associação dos TF's dos EUA (American Speech- Language-Hearing Association, 2011).

De acordo com a informação que se pode ler nas páginas online da *Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala* e da *Escola Superior de Saúde de Alcoitão*, o primeiro curso de Terapia da Fala em Portugal surgiu em 1962, na Escola Superior de Saúde do Alcoitão e, por sua vez, em 1978, foi criada a Associação Portuguesa de

Terapia da Fala, que é a entidade que regula a profissão de Terapia da Fala em Portugal, pertencendo ao *Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia* (CPLOL) e também à *International Association of Logopedics and Phoniatrics* (IALP) (Informação retirada das páginas online da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala e da Escola Superior de Saúde de Alcoitão).

O TF é, atualmente, definido em Portugal como o técnico de Diagnóstico e Terapêutica responsável pelo “(...) desenvolvimento de actividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações na comunicação humana, englobando, não só, todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal” (Dec. Lei nº564/99 de 21 de Dezembro).

3.2. O Processo de Referenciação e Avaliação

A referenciação e a avaliação são momentos basilares para o início de uma intervenção (Decreto-Lei 3/2008; Ministério da Educação, “Educação Especial – Manual de Apoio à Prática”). Nesses dois momentos pretende-se verificar se as crianças/jovens apresentam NEE e se beneficiariam de apoio especializado. Por norma, a referenciação tem início após os encarregados de educação indicarem na escola que o seu educando apresenta dificuldades. Porém, a iniciativa também pode surgir através dos professores, serviços de intervenção precoce, ou outros serviços da comunidade com os quais a criança/jovem tenha interagido, tais como os serviços de saúde ou da SS. Esta sinalização, caso seja indicada pelos serviços atrás mencionados, carece sempre de uma autorização prévia dos encarregados de educação para que haja abertura do processo.

Após se ter obtido a autorização, os órgãos de gestão do agrupamento de escolas da área de residência do aluno, iniciam a referenciação propriamente dita, na qual é formalizado o processo através do preenchimento de um formulário. Esse formulário é fornecido pela escola e tem como função organizar conhecimentos pertinentes para a avaliação, tais como o registo do motivo da referenciação, informações sobre a criança/jovem e documentos que comprovem a veracidade dos dados recolhidos.

Posteriormente, o órgão de gestão terá de recorrer ao Departamento de EE e aos serviços técnico-pedagógicos de apoio aos alunos, para que estes procedam à avaliação do aluno referenciado e elaborem o respetivo relatório técnico-pedagógico.

Na avaliação, primeiramente, será realizada uma triagem de modo a averiguar se o aluno apresenta dificuldades que exijam uma avaliação especializada, ao que se segue uma cuidadosa análise de toda a informação recolhida. Se for considerado que a criança não apresenta dificuldades que necessitem de intervenção no âmbito da EE, mas que, mesmo assim, apresente dificuldades específicas em determinadas matérias, a mesma será encaminhada para outros apoios disponibilizados pela escola e mais adequados à situação, ou seja, os professores das respetivas disciplinas disponibilizam um apoio mais individualizado. Estas informações deverão ser registadas no relatório técnico-pedagógico do aluno. Por outro lado, caso se constate que o aluno necessita de uma avaliação especializada, o órgão de gestão solicitará uma avaliação mais exaustiva, com a intervenção de outros técnicos e/ou serviços.

A avaliação deve complementar fatores, como as componentes de funcionalidade e de incapacidade e fatores contextuais, tendo como base a CIF e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens (CIF-CJ). A CIF “(...) é a classificação da saúde e dos domínios relacionados com a saúde – domínios que nos ajudam a descrever alterações ou mudanças na função e estrutura corporal, o que uma pessoa com uma condição de saúde pode fazer em um ambiente padrão (seu nível de capacidade), assim como o que ela realmente faz no seu ambiente real (seu nível de desempenho). Estes domínios são classificados a partir de perspectivas do corpo, individuais e sociais (...)”(CIF-CJ, 2009). Assim a CIF tem como objetivo principal alcançar uma nomenclatura comum, de modo a que haja melhor comunicação entre todos os intervenientes, sejam eles investigadores, profissionais de saúde, pacientes, entre outros. Para além disso, também pretende que exista uma base científica, para que haja uma melhor compreensão e estudo da totalidade de fatores que envolvem a saúde, no sentido de dar uma resposta mais eficaz e eficiente.

Após terem sido identificadas as áreas sobre as quais deverão ser realizadas as avaliações mais específicas, será necessário que a criança/jovem seja encaminhada para os profissionais mais adequados ao seu caso que, por sua vez, terão de selecionar o material e instrumentos pertinentes para efetuar uma avaliação mais aprimorada.

Finalmente, e após análise detalhada de todos os dados retirados das avaliações dos vários profissionais que constituem a equipa de intervenção, será elaborado um relatório técnico-pedagógico, no qual será identificado o perfil de funcionalidade do aluno e explicadas as razões pelas quais a criança/jovem deve ter apoio. Além disso, deve ser

elaborado o Programa Educativo Individual, com as respostas e medidas educativas adequadas a cada caso.

Para concluir este processo, o relatório técnico-pedagógico terá de ser homologado pelo órgão de gestão, com a anuência dos encarregados de educação.

3.3. A Intervenção do Terapeuta da Fala

No artigo 30 do Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, é referido que “As escolas ou agrupamentos de escolas devem, isolada ou conjuntamente, desenvolver parcerias com instituições particulares de solidariedade social, centros de recursos especializados (...)” uma vez que a articulação entre as escolas e os serviços da comunidade permitem uma maior qualidade e eficiência na resposta às necessidades dos alunos com NEE e permitem uma maior rentabilização dos recursos.

A intervenção no CE deve ser desenvolvida por profissionais de várias áreas (neste caso serão comparados os TF's e os docentes de EE), uma vez que a sua ação é complementar. No Quadro 1, retirado integralmente do Manual *Terapeutas da Fala/Docentes de Educação Especial* emitido pelo Ministério da Educação, é explanada a função que cada interveniente deve assumir nos diversos contextos.

Quadro 1: Divisão de tarefas entre o terapeuta da fala e os docentes de educação especial.

		PROFISSIONAIS		Observações
		Terapeutas da Fala	Docentes de Educação Especial	
DOMÍNIOS DE INTERVENÇÃO	COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação ■ Diagnóstico ■ Intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação (1) ■ Intervenção (1) 	(1) Trabalho de parceria TF/DEE
	LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação ■ Diagnóstico ■ Intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação (2) ■ Intervenção (2) 	(2) Trabalho de parceria TF/DEE
	FALA: Articulação Verbal; Voz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliação ■ Diagnóstico ■ Intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenção (3) 	(3) Só com orientação dos TF; conhecimento das sugestões/orientações dadas pelos TF às crianças.

A população sobre a qual o TF pode atuar é bastante abrangente, visto que pode abarcar patologias muito diversas, presentes quer em recém-nascidos, quer em pacientes de terceira idade. Por norma, no CE este técnico de saúde pode deparar-se com alunos com perturbações decorrentes de alterações sensoriais (visão e/ou audição), atrasos de desenvolvimento da linguagem, perturbações do espectro do autismo, multideficiência, défice cognitivo, perturbações específicas de linguagem, perturbações articulatórias e/ou fonológicas, perturbações vocais, perturbações de alimentação (mastigação, deglutição), ou seja uma população que, à partida, poderá apresentar NEE.

Assim, o trabalho do TF em CE, pode desenvolver-se desde a prevenção até à intervenção propriamente dita, tal como se observa com uma pequena leitura do manual *Terapeutas da Fala/ Docentes de Educação Especial*, emitido pelo Ministério da Educação, no qual é dito que os TF's trabalham na “(...) Prevenção; Rastreio; Consultadoria; Avaliação e Diagnóstico; Tratamento; Intervenção; Gestão, aconselhamento e seguimento das crianças e jovens com perturbações aos diferentes níveis”.

O papel preventivo deste profissional pode ser considerado de extrema importância, uma vez que efetua a identificação precoce de dificuldades escolares tanto na aprendizagem da linguagem (no ensino pré-escolar) como, mais tarde, no processo de aquisição da leitura e escrita (ensino básico), otimizando os resultados dos alunos. Além disso, este profissional tem a obrigação de manter os encarregados de educação esclarecidos e articular com os outros elementos da equipa, através da partilha de informação, orientações e estratégias, promovendo atividades na escola para estimular a aquisição de novas aprendizagens.

Em Consultadoria, o TF está encarregue de esclarecer/auxiliar os outros profissionais da equipa, estando sempre disponível para qualquer eventualidade na sua área de competência. Essa troca de informações é importante já que, por exemplo, a partir do momento em que os professores estiverem informados, poderão detetar alunos com dificuldades para serem avaliados exaustivamente pelos TF's (Pacheco e Caraça, 1994).

No que diz respeito à intervenção, o TF tem de avaliar rigorosamente as características das crianças, com recurso a testes formais e/ou informais, para assim conseguir compreender melhor as capacidades, competências e as dificuldades de cada indivíduo.

No manual *Terapeutas da Fala/ Docentes de Educação Especial*, emitido pelo Ministério da Educação, é referido que os TF's estão habilitados a intervir em: Articulação Verbal; Discriminação Auditiva; Linguagem; Estrutura Morfo-Sintáctica; Fluência; Motricidade Oro-Facial; Mastigação e Deglutição; Voz; Respiração e Comunicação Funcional/pragmática.

Após a recolha dos dados relevantes para o trabalho, o mesmo poderá elaborar um plano terapêutico com os objetivos indicados para cada caso, o que posteriormente irá contribuir na construção de um Programa Educativo Individual, que se adapte à singularidade de cada criança.

Uma vez desenvolvido todo este processo, o TF terá reunido as condições para desenvolver as atividades com os alunos, dentro das diversas áreas. Assim, caso se trate de uma situação relacionada com distúrbios de aprendizagem, serão desenvolvidas atividades no âmbito da: *comunicação; linguagem e leitura e escrita*. Mais especificamente caso esses alunos revelam dificuldade em utilizar: “(...) linguagem oral (fonologia, morfologia, semântica, sintaxe e pragmática); matemática e linguagem escrita (habilidade no uso da palavra, reconhecimento dos fonemas, soletração, cópia e ditado)” (Costa *et al*, 2006).

Essas áreas são fulcrais para que os alunos compreendam a informação que é transmitida na sala de aula, que será imprescindível para o desenvolvimento e aprendizagem dos mesmos, que conseqüentemente serão “(...) competências de extrema importância na vida do ser Humano, quer do ponto de vista relacional, como de desenvolvimento, sendo estas características cruciais na distinção entre a pessoa e os outros seres vivos. Uma alteração no desenvolvimento destas competências coloca a criança em risco para a ocorrência de variado tipo de desordens em diferentes esferas de desenvolvimento, tais como aprendizagem escolar, socialização, comportamento, entre outras” (Shonkoff e Philips, 2000 citado por Silva e Peixoto, 2008).

Concluindo este subcapítulo, importa referir que a escola tem o compromisso de dar a melhor educação/condições possíveis a cada criança. E, para que tal aconteça, os responsáveis da escola necessitam de conhecer integralmente as necessidades dos seus alunos, sendo assim importante a participação/opinião de outros profissionais, como o TF (Pacheco e Caraça, 1994).

3.4. Intervenções em Contexto Escolar e em Contexto Clínico

Anteriormente foi discutida a importância que os TF's têm na equipa interdisciplinar de intervenção com alunos com NEE. No entanto, na sua génese, a EEE era constituída somente por professores de EE e auxiliares, sendo então os únicos profissionais a intervir com as crianças em CE. Por sua vez, os técnicos de saúde não tinham acesso ao perímetro escolar e, por essa razão, os encarregados de educação tinham a iniciativa (com ou sem o encaminhamento dos professores/educadores ou médicos) de conduzirem os seus educandos ao CC, onde se encontravam os TF's. Assim, as intervenções eram realizadas em CC, ou seja, num contexto artificial, no qual as crianças tinham de ser retiradas dos seus contextos naturais (casa e escola).

Contudo, com a entrada do Decreto-Lei 3/2008, surgiram algumas alterações, inclusive na parceria entre a escola e os serviços de saúde. No artigo 29º dessa legislação pode ler-se que “Quando o agrupamento não disponha nos seus quadros dos recursos humanos necessários à execução de tarefas (...) pode o mesmo recorrer à aquisição desses serviços (...)” e, no artigo 30º, é dito que “As escolas ou agrupamentos de escolas devem, isolada ou conjuntamente, desenvolver parcerias com instituições particulares de solidariedade social, centros de recursos especializados (...)”.

Assim, esta legislação vem alargar a possibilidade de os profissionais de saúde com formação em Psicologia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, possam atuar, em CE, em parceria com os professores de EE.

No entanto, esta abertura que decorre do aparecimento do Decreto-lei 3/2008, é tão recente que se encontra ainda a dar os primeiros passos. Isso é visível até pela dificuldade em encontrar bibliografia específica, podendo assim verificar-se que há ainda um longo caminho a percorrer.

Atualmente, os dois contextos (CE e CC) coexistem e, por essa razão, urge a importância de refletir sobre as suas diferenças. Porém, na pesquisa bibliográfica, realizada para complementar o enquadramento desta dissertação, constatou-se que na área de Terapia da Fala, existe uma investigação científica deficitária sobre a atuação dos TF's no CE em Portugal. Por causa dessa dificuldade em encontrar bibliografia pertinente na área, no texto que se segue será feito um paralelismo com a atuação da Psicologia em CE.

Como já anteriormente referido, a referenciação do aluno com NEE em CE envolve alguma burocracia. No entanto, o TF que dá apoio em CE é participado pelo Estado, independentemente do TF estar contratado pela escola (o custo da sua intervenção é pago pelo agrupamento escolar em questão) ou de existir uma parceria entre escola/clínicas, que permita a ida dos TF's ao espaço escolar (as sessões podem ser participados pela SS, caso estejam abrangidos no seu apoio).

Por sua vez, os encarregados de educação que queiram que os seus filhos tenham apoio terapêutico em CC, apenas necessitam de encaminhar o seu educando para uma clínica ou hospital, com a valência em Terapia da Fala. No entanto, os pais, se pedirem participação ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou à SS, para diminuir parte ou o total do custo da consulta, têm de realizar uma série de tarefas.

Caso recorram ao apoio do SNS, os encarregados de educação têm de pedir uma credencial ao seu médico de família (vulgarmente conhecida por P1) e, seguidamente, dirigirem-se a uma clínica/hospital que tenha acordo com o SNS e para os atos convencionados em Terapia da Fala. Nessa altura, os seus educandos são avaliados por um médico que, neste processo, é o intermediário entre o médico de família e o TF. Posteriormente, a criança é encaminhada para avaliação em Terapia da Fala. Após essa sessão, o TF tem os dados que necessita para delinear os objetivos da sua intervenção. Como ponto negativo, deve assinalar-se que poucas são as instituições com P1 em Terapia da Fala. Por essa razão, para que as famílias com crianças com NEE tenham o custo da intervenção terapêutica atenuado, tem de se sujeitar a listas de espera consideráveis, uma vez que a procura suplanta a oferta.

Relativamente ao processo de participação da SS, independentemente da intervenção decorrer em CC ou CE, os pais têm de entregar, um impresso preenchido pelo médico especialista e outro pela educadora/professora da criança, com a explicação das dificuldades que o aluno apresenta. Além desses impressos, também é necessário anexar outros documentos pertinentes para que o caso seja deferido pela SS, tais como uma avaliação feita pelo TF e um relatório feito em conjunto com os professores de ER e EE (tal com já anteriormente descrito). Posteriormente, o agrupamento escolar envia essa documentação para a Direção Geral de Educação da área escolar, que, por sua vez, terá de enviar para a SS, que enviará uma carta para casa dos encarregados de educação caso seja aprovado. Nessa carta, além da aprovação, são pedidos alguns documentos de identificação da criança e comprovativos de IRS e de despesas familiares. No entanto,

tal como nos outros subsídios escolares, só alunos com escalão A (a SS paga a totalidade) e B (a SS paga 50%), é que são comparticipadas (informação retirada da página online da Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo).

Nesta comparação, deve-se ter também em consideração o espaço físico onde decorrem as sessões em Terapia da Fala.

Em CC existem clínicas/hospitais com condições ótimas para atender crianças com NEE, ou seja, o consultório terapêutico encontra-se previamente disposto para receber crianças que, por norma, apresentam défice de atenção/concentração. Porém, também se podem observar casos em que a valência de Terapia da Fala está inserida no serviço de reabilitação/fisiatria ou otorrinolaringologia que, por norma, não fornecem as melhores condições para uma intervenção terapêutica na área da educação, uma vez que se encontram direcionadas para pacientes com outro tipo de necessidades.

As condições que existem em CE para a intervenção terapêutica, por regra, não são as ideais. Por vezes, o TF tem de se sujeitar a condições insuficientes para a sua intervenção. Porém, já existem escolas edificadas com consultório ou sala adequada para este efeito. Além disso, na opinião de Pacheco e Caraça (1994), o aluno não aceita tão bem a atuação terapêutica em CE, uma vez que este se sente inferiorizado quando é encaminhado para as sessões de Terapia da Fala, enquanto os seus colegas de turma participam nas atividades escolares normais, o que segundo estas autoras, pode propiciar a exclusão desse aluno.

Em CC existe uma maior proximidade aos familiares, que usualmente acompanham as crianças às sessões, e também aos outros técnicos de saúde. Para Pacheco e Caraça (1994), estas crianças frequentemente necessitam de realizar exames médicos e só através destes é que se poderá realizar uma correta avaliação e, consequentemente, delinear um correto planeamento terapêutico. Em contrapartida, a comunicação com os professores torna-se bastante complicada, uma vez que, além de não se encontrarem no mesmo espaço, por vezes não existe flexibilidade de horários para reuniões, onde se troca informação importante para a otimização de todo o processo.

Com a entrada da Psicologia no CE, constatou-se que estes técnicos de saúde tinham maior facilidade no contacto com os vários intervenientes da vida do aluno/criança, ajudando na consciencialização dos mesmos sobre os seus objetivos terapêuticos, como se pode observar nas palavras de Lima (2007), que refere que é de extrema importância

“(…) ouvir um aluno e não levar em conta a sua relação com os seus pais, professores e com a própria escola. (...) Pode-se pensar, por exemplo, que um aluno que apresente algum problema ou alguma dificuldade, não deve ser visto separado dos seus sistemas relacionais, família, escola. Estes sistemas interagem entre si; o comportamento do aluno afecta e é afectado pelas atitudes da família e da escola e vice-versa”.

Após a leitura do parágrafo anterior pode reconhecer-se que, numa intervenção terapêutica, existe uma tríade de intervenientes para a troca de informações sobre a criança/aluno (ver Figura 1). Essa tríade é constituída pelos encarregados de educação da criança, os profissionais de saúde (como o TF) e os professores.

Figura 1: Tríade de intervenientes para troca de informação.



Assim, em CE, o TF encontra-se inserido na equipa de EE e, por essa razão, facilmente existe troca de informações com os professores das crianças com NEE, o que é deveras importante, visto que as dificuldades destas crianças normalmente repercutem-se no seu desempenho escolar. Apesar de existir um maior contacto, tanto informal como formal, com os professores, o mesmo parece não acontecer com os encarregados de educação, uma vez que estes apenas se dirigem ao CE para transportar os seus filhos (casa-escola-casa) e são pouco presentes. Frequentemente, o contacto com os encarregados de

educação fica cingido a reuniões formais, num horário acordado anteriormente pelas duas partes, e apenas nessas alturas existe partilha de informação.

Apesar de existir maior contacto dos docentes de ER e EE com os TF's, num primeiro momento constatou-se que, por vezes, os docentes assumiam uma postura defensiva à entrada em CE destes novos intervenientes (técnicos de saúde), criando uma certa resistência à inserção destes no quotidiano da escola e alterando equilíbrios, que seriam fundamentais na relação da tríade que foi referida anteriormente. Essas atitudes, provavelmente causadas por receios infundados que os TF's retirariam importância dos docentes no CE, tem vindo a diminuir com o tempo/experiência conjunta. Neste momento, tem-se assistido a um desenvolvimento no relacionamento profissional dos elementos que constituem as equipas multidisciplinares escolares e pode-se referir que esta situação é saudável e desejável, uma vez que todos têm a ganhar com um trabalho em conjunto e troca de informação especializada, na intervenção das crianças com NEE. Recorrendo à bibliografia, pode-se concluir que a área da Psicologia se deparou com o mesmo obstáculo, como observa Lima (2007), citando Bisol (2003), “(...) a Psicologia pode vir a ter dificuldades de inserção e desenvolvimento do seu trabalho no ambiente escolar. Em especial um olhar voltado para os professores, suas práticas, seus fazeres (...) em alguns momentos os professores podem estar em uma postura de boicote ao trabalho da Psicologia. Diante disso, é fundamental a Psicologia Escolar questionar esta posição e principalmente reflectir sobre a sua própria postura frente às dificuldades apresentadas no universo escolar. Faz pensar que é urgente esta descentralização por parte tanto dos docentes quanto da postura da Psicologia Escolar, em que o professor, a escola e a psicologia caminhariam juntos, sem estarem dispostos em hierarquias, melhorando a qualidade de ensino/aprendizagem”.

Por analogia, parece assim que resta ao TF aguardar pacientemente que, no futuro, o seu trabalho, empenho e dedicação sejam valorizados e, desta forma, consiga o seu lugar no CE, em parceria com os restantes elementos, sempre em prol dos alunos, até porque “A escola é o local privilegiado que acompanha o desenvolvimento do indivíduo desde a sua infância até à sua entrada na vida adulta. O desenvolvimento físico e psicológico dá-se ao longo dos anos escolares. A identidade pessoal forma-se neste meio, em conjunto com a vida familiar. São ambos muito importantes e vão marcar o indivíduo para o resto da vida, pela positiva ou pela negativa, desde as realizações pessoais às profissionais” (Baía, 2010).

4. Análise Empírica: Objetivos e Fonte dos dados

No sentido de se proceder a uma análise dos benefícios e dos custos associados à intervenção do TF em alunos com NEE no CE português foram elaborados questionários que foram ministrados a pais/encarregados de educação de alunos com NEE e a TF's em Portugal. Importa desde logo referir que no âmbito da presente análise, os benefícios da intervenção são entendidos como a importância atribuída à atuação do TF, sendo esta também analisada comparativamente entre CE e CC. A aferição dos custos é realizada pelas respostas dadas pelos inquiridos sobre os mesmos, sendo também estes analisados comparativamente entre o CE e o CC.

4.1. Encarregados de Educação

O questionário relativo às perceções dos encarregados de educação de alunos com NEE foi ministrado ao conjunto de encarregados de educação de alunos acompanhados pela ACIP. Esta é uma cooperativa de solidariedade social que foi criada em Maio de 1999 e a sua área de atuação corresponde ao território de Vila Nova de Famalicão (onde se encontra sediada, mais propriamente na Vila de Joane) e Lousada (filial). A instituição tem acordo com estas Câmaras Municipais e com o Ministério da Educação para prestar serviços na área da Terapia da Fala, Psicologia e Terapia Ocupacional em CE. Atualmente a ACIP conta com sete TF's que realizam as suas intervenções em CE (em horários não letivos). Apresentam-se, no Quadro 2, os agrupamentos escolares sob a intervenção da ACIP.

Quadro 2: Agrupamentos escolares abrangidos pela ACIP.

Joane	Lousada
Agrupamento de escolas Bernardino Machado	Agrupamento de escolas de Lousada Centro
Agrupamento de escolas Dr. Nuno Simões	Agrupamento de escolas de Lousada Norte
Agrupamento de escolas Arnoso Stª Maria	Agrupamento de escolas Este Lousada
Agrupamento de escolas de Pedome	Agrupamento de escolas de Lousada Oeste
Agrupamento de escolas Júlio Brandão	

Para efeitos de aplicação do questionário desenvolvido, primeiramente realizou-se um pedido por escrito dirigido ao Presidente da ACIP, a 24 de Novembro de 2010, pedindo

autorização para que fosse realizado um estudo aos pais dos seus utentes (Anexo 1). Posteriormente foram entregues 50 questionários aos TF's colaboradores da ACIP, os quais se voluntariaram a distribuí-los pelos pais dos alunos com NEE.

Como anteriormente referido, a aplicação deste questionário tem como principal objetivo compreender qual a importância que os encarregados de educação e respetivos pacientes atribuem ao trabalho desenvolvido pelos TF's em CE. Este questionário encontra-se dividido em duas partes (Anexo 2). Na primeira, é apresentado uma sucinta explicação da finalidade da aplicação do questionário e a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais, sendo apenas utilizados para fins estatísticos. A segunda parte, consta do questionário propriamente dito, o qual se encontra dividido em quatro grandes grupos. No primeiro, são formuladas questões que visam a caracterização da amostra. No segundo grupo são elaboradas questões para se perceber os custos e satisfação dos pais relativamente à atuação do TF em CE. No terceiro grupo é aferida a opinião dos encarregados de educação sobre a intervenção dos TF's da ACIP no espaço escolar dos seus educandos. Neste grupo são utilizadas duas tabelas: uma com a escala tipo likert, com valoração desde o “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e outra em que os pais tinham de responder “sim” ou “não” a uma série de questões. O último grupo deste questionário é direcionado a todos os encarregados de educação, cujos filhos tinham tido anteriormente apoio em Terapia da Fala em CC. Nesse grupo são colocadas questões avaliando a preferência destes entre o CE e o CC.

4.2. Terapeutas da Fala

Como acima referido, com o questionário que foi implementado aos TF's pretendeu-se avaliar, a nível nacional, a perceção que estes profissionais de saúde têm da sua intervenção nos CC e CE. Para atingir este objetivo foi criado um questionário online no *Google Docs* (Anexo 3), cujo link foi posteriormente distribuído por vários endereços eletrónicos de TF's.

A recolha de dados teve início no dia 25 de Maio de 2011 e terminou no dia 31 de Julho de 2011. Durante esse período, 306 TF's prontificaram-se a responder. No entanto, 21 desses questionários eram pertencentes a alunos sem experiência profissional em Terapia da Fala. Dos 285 que sobraram, apenas 215 foram validados, uma vez que os

restantes, apesar de já terem experiência profissional, apenas a tinham num dos contextos.

Esse questionário iniciava com uma sucinta explicação da finalidade da aplicação do mesmo, na tentativa de inteirar o inquirido sobre o objetivo do estudo e terminava com a garantia de que os dados fornecidos seriam apenas utilizados para fins estatísticos, salvaguardando a sua confidencialidade.

A segunda parte, o questionário propriamente dito, compreendeu cinco grandes grupos de questões. O primeiro grupo visava apenas a caracterização da amostra, no qual existiu um subgrupo de questões para os TF's que tinham emprego na área, de modo a compreender onde trabalhavam e qual o seu vínculo laboral.

No segundo grupo de questões pretendeu-se aferir a opinião da amostra sobre a concordância do decreto-lei 3/2008. Este é o decreto-lei mais atualizado, que introduziu várias alterações à legislação em vigor até essa altura, sendo a de maior relevância a possibilidade de permitir a entrada dos TF's e outros técnicos de saúde no espaço escolar (de acordo com os artigos 29º e 30º deste decreto). De seguida, foi colocada uma questão com a pretensão de selecionar a amostra de TF's que tinham experiência profissional nos dois contextos, uma vez que era este grupo que se pretendia estudar mais concretamente.

No terceiro grupo foram colocadas questões que visavam essencialmente saber qual a preferência destes profissionais entre os dois contextos. Para tal, foram colocadas questões pertinentes sobre o assunto, onde havia a possibilidade de selecionar três opções, consoante as suas preferências: “Contexto escolar”, “Contexto clínico” e “Sem preferência”.

No quarto grupo foram colocadas tabelas do tipo likert que vai desde “Muito insatisfeito” a “Muito satisfeito” e com a opção de “Não sabe/sem opinião”: neste, pretendeu-se comparar os dois contextos, tentando indagar da perceção que os TF's tinham do feedback das outras pessoas envolvidas na intervenção (criança, encarregados de educação, professores/educadores e outros profissionais de saúde envolvidos).

No quinto grupo de questões pretendeu-se aferir o conhecimento que os TF's têm dos custos profissionais que existem entre os dois contextos. Além disso, foram colocadas duas questões para caracterizar a amostra. A finalizar foi-lhes questionado qual era o seu salário e como se deslocavam para o seu emprego.

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. Encarregados de Educação

5.1.1. Caracterização da Amostra

Dos 50 questionários entregues, foram devolvidos 39 e com os dados retirados constata-se que a amostra é constituída por pessoas com pouca formação educativa, uma vez que nenhum dos inquiridos (e seus cônjuges) frequentou um curso Técnico-Profissional ou um curso do Ensino Superior (Tabela 1 e 2).

Além disso, pode observar-se que os pais têm menor formação que as mães que constituem esta amostra, uma vez que 76,93% dos pais apenas tinha concluído o 6º ano (o grupo com maior representatividade nos pais é os que concluíram o 1º Ciclo - 43,19%), enquanto que apenas 51,28% das mães tem formação igual ou inferior ao 6ºano (o grupo com maior percentagem nas mães foi o 3º Ciclo - 41,03%). Contudo, apesar dos encarregados de educação não terem graus elevados de educação escolar, verifica-se que todos frequentaram a escola.

Tabela 1: Escolaridade dos pais.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sem escolaridade	0	0,00
Abaixo do 1º Ciclo (4ª Classe)	7	17,95
1º Ciclo (4ª Classe)	17	43,19
2º Ciclo (6ª Classe)	6	15,38
3º Ciclo (9º Ano de Escolaridade)	6	15,38
Ensino Secundário (12ºAno)	3	7,69
Curso Técnico-Profissional	0	0,00
Bacharelato ou Curso Médio	0	0,00
Licenciatura ou Superior	0	0,00
Total	39	100

Tabela 2: Escolaridade das mães.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sem escolaridade	0	0,00
Abaixo do 1º Ciclo (4ª Classe)	5	12,82
1º Ciclo (4ª Classe)	9	23,08
2º Ciclo (6ª Classe)	6	15,38
3º Ciclo (9º Ano de Escolaridade)	16	41,03
Ensino Secundário (12º Ano)	3	7,69
Curso Técnico-Profissional	0	0,00
Bacharelato ou Curso Médio	0	0,00
Licenciatura ou Superior	0	0,00
Total	39	100

Com os dados das Tabelas 3 e 4, observa-se que a maior parte dos pais e das mães encontram-se a trabalhar por conta de outrem, respetivamente 58,97% e 69,23%. Apenas 10,26% dos homens é que trabalha por conta própria, e nas mulheres observa-se um número um pouco maior, com 30,77% delas a trabalharem por conta própria.

Nesta amostra constata-se que quase 1/3 dos pais (30,77%), se encontram desempregados. Estes dados vão de encontro ao panorama nacional, uma vez que pessoas com menor formação têm maior dificuldade em obter um emprego, como se pode observar com a seguinte citação retirada das estatísticas do emprego do Instituto Nacional de Estatística (INE), datado de 18 de Maio de 2011: “A distribuição da população desempregada por nível de escolaridade completo era a seguinte: 67,4% dos indivíduos tinham completado, no máximo, o 3º ciclo do ensino básico, 20,3% completaram o ensino secundário ou pós-secundário e 12,3% completaram o ensino superior”.

Por sua vez, todas as mães que compõem a amostra têm emprego, o que no entanto não se observa em Portugal, uma vez que “A taxa de desemprego das mulheres (12,8%) excedeu a dos homens (12,0%) ” (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Esta percentagem tão alta de desemprego repercute-se no aspeto económico destas famílias. Na Tabela 5 observa-se que 30,77% dos agregados vivem com menos de 500€ por mês, que 51,28% vive com um rendimento que vai dos 500€ aos 1000€ e apenas 17,95% dos inquiridos é que ultrapassa a barreira dos 1000€ mensais.

Resumindo, através dos dados retirados constata-se que os encarregados de educação apresentam uma baixa formação e rendimentos pouco avultados e/ou encontram-se desempregados.

Tabela 3: Situação Profissional dos pais.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Trabalhador por conta própria	4	10,26
Trabalhador por conta de outrem	23	58,97
Desempregado	12	30,77
Reformado	0	0,00
Total	39	100

Tabela 4: Situação Profissional das mães.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Trabalhadora por conta própria	12	30,77
Trabalhadora por conta de outrem	27	69,23
Desempregada	0	0,00
Reformada	0	0,00
Total	39	100

Tabela 5: Rendimento mensal dos agregados familiares (líquido).

	Nº de Inquiridos	Percentagem
até 500 €	12	30,77
de 501 € a 750 €	3	7,69
de 751 € a 1000 €	17	43,59
de 1001 € a 1500 €	7	17,95
de 1501 € a 2000 €	0	0,00
mais de 2000 €	0	0,00
Total	39	100

A amostra é constituída por famílias pouco numerosas, que variam de 3 a 5 indivíduos. O grupo com maior percentagem são famílias constituídas por 4 elementos (48,72%), seguida das de 3 com 38,46%, e apenas 12,82% tem 5 pessoas (Tabela 6).

Tabela 6: Composição dos agregados familiares.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
3	15	38,46
4	19	48,72
5	5	12,82
Total	39	100

Pelos dados apresentados na Tabela 7 constata-se que cerca de 1/3 dos encarregados de educação (35,98%) referem que os seus filhos frequentam o 2º Ciclo do Ensino Básico, imediatamente seguido dos que têm filhos a frequentar o 1º Ciclo do Ensino Básico (33,33%), enquanto que 23,08% responderam “Ensino Pré-Escolar” e apenas 7,69% é que referiram “3º Ciclo do Ensino Básico”.

Tabela 7: Ciclo(s) que atualmente os filhos frequentam.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Ensino Pré-Escolar	9	23,08
1º Ciclo do Ensino Básico	13	33,33
2º Ciclo do Ensino Básico	14	35,98
3º Ciclo do Ensino Básico	3	7,69
Total	39	100

5.1.2. Encaminhamento para Contexto Escolar-ACIP

Os encarregados de educação foram questionados sobre quem os tinha aconselhado a encaminharem os seus filhos para a ACIP. Das respostas obtidas, observa-se que os grandes impulsionadores foram os professores, com 66,67%, enquanto que 25,64% respondeu que foram aconselhados por profissionais de saúde e apenas 7,69% tinham conhecimento do projeto através da divulgação da ACIP (Tabela 8). Em capítulo anterior, foi referido que os professores, num passado não muito longínquo, se consideravam ameaçados pela entrada dos técnicos de saúde no CE, uma vez que esse contexto tinha sido apenas seu até esse momento. No entanto, com os dados desta tabela pode observar-se que este profissional de educação teve um papel bastante valioso no encaminhamento dos alunos com NEE para a ACIP, o que poderá demonstrar uma mudança de mentalidade e, conseqüentemente, uma melhoria do relacionamento profissional entre professores e técnicos de saúde que intervêm em CE, o que é bastante importante para o desenvolvimento do aluno com NEE.

Tabela 8: Encaminhamentos.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Profissionais de saúde	10	25,64
Professores	26	66,67
Familiars	0	0,00
Outros (ACIP)	3	7,69
Total	39	100

5.1.3. Importância do Contexto Escolar

Neste grupo de questões inferiu-se o grau de satisfação dos encarregados de educação relativamente à intervenção da ACIP em espaço escolar.

Com uma primeira observação da Tabela 9, pode depreender-se que os inquiridos se encontram satisfeitos com este serviço em Terapia da Fala em CE, uma vez que 46,15% responderam que estão “Muito satisfeito”, seguido dos 35,90% que responderam “Satisfeito”. Na opinião de 53,85% dos seus filhos encontra-se “Satisfeito”, seguido dos 38,46% que responderam “Muito satisfeito”. Resumindo 82,05% dos pais e 92,31% dos filhos encontram-se agradados com este serviço, o que é um número bastante considerável, uma vez que, em nenhuma das questões foram selecionadas as opções “Muito insatisfeito” e “Insatisfeito”.

Com a resposta a esta duas questões constata-se que, na opinião geral, os encarregados de educação apreciam bastante este serviço realizado pelos TF's da ACIP.

Tabela 9: Opinião dos encarregados de educação relativamente à intervenção em contexto escolar (%).

	Não sabe/sem opinião	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Qual é o seu grau de satisfação relativamente ao apoio em terapia da fala prestado no espaço escolar?	17,95	0,00	0,00	35,90	46,15
Qual é grau de satisfação que o seu filho(a) apresenta relativamente ao apoio em terapia da fala prestado no espaço escolar?	7,69	0,00	0,00	53,85	38,46

Anteriormente foi referido que em CE os encarregados de educação raramente se encontram com os profissionais de saúde ou se dirigem à clínica (ao contrário do que acontece em CC). Por essa razão, foram elaboradas questões com o intuito de se saber se os inquiridos se encontram satisfeitos com a informação que obtinham sobre o que era feito na intervenção terapêutica. Com uma breve análise aos dados da Tabela 10, verifica-se que os 39 inquiridos (100%) afirmam que sabem por que meios podem pedir informações sobre o decorrer da intervenção terapêutica, o que é bastante positivo.

Por outro lado, nem todos utilizam esses meios, uma vez que apenas 82,05% destes é que se informam frequentemente sobre os progressos e dificuldades dos seus educandos, demonstrando algum desinteresse os restantes 17,95%.

Neste canal privilegiado de comunicação, entre estes dois intervenientes, 84,62% dos pais afirma que são frequentemente informados, sobre a atuação terapêutica, pelos profissionais de saúde. Era preferível que este valor estivesse mais próximo dos 100%, uma vez que, se um pai se sentir valorizado, participará mais ativamente na intervenção terapêutica, auxiliando o próprio TF a atingir os seus objetivos.

Como já foi explicitado em capítulo anterior, além de a maior parte da comunicação entre esta díade ser feita através de chamadas telefónicas, é durante as reuniões que existe maior interação de informações. Por essa razão, questionou-se se estes encontros formais são realizados em condições de total privacidade, ao que 94,97% responderam afirmativamente, o que é um sinal bastante positivo, uma vez que os encarregados de educação estarão mais confortáveis a partilharem informações (algumas de âmbito pessoal) sobre o seu contexto familiar, que provavelmente não compartilhariam se a reunião decorresse num local onde estivessem presentes pessoas alheias à intervenção.

Na sequência da questão anterior, tentou-se tomar conhecimento sobre se os encarregados de educação se consideram bem informados sobre os objetivos da intervenção terapêutica e a resposta é bastante conclusiva, com 100,00% dos inquiridos a considerar que estão informados.

No entanto, 41,03% diz que não participa ativamente na intervenção do seu filho, o que não deixa de ser preocupante, uma vez que, com tanta informação e orientação do TF's, seria de esperar que estes dois trabalhassem mais em cooperação na intervenção aos alunos com NEE. Recai bastante importância sobre esta ação, já que parte do sucesso da intervenção depende do reforço que os pais dão em casa aos seus filhos.

Nas últimas questões deste grupo, tentou-se perceber a satisfação que esta amostra tinha relativamente a este serviço e, dos 39 inquiridos, 94,07% encontra-se satisfeito com esta intervenção afirmando até que 100% dos seus filhos se encontram também agradados com esta intervenção. Por fim, 100% dos inquiridos refere que aconselharia este serviço a outras pessoas, o que vai de encontro às informações retiradas anteriormente.

Tabela 10: Opinião sobre o atendimento prestado em contexto escolar (%).

	Sim	Não	Total
Está informado dos meios através dos quais pode pedir informações e esclarecimentos.	100,00	0,00	100,00
É informado, periodicamente, sobre os progressos e dificuldades do seu filho(a).	84,62	15,38	100,00
Procura informar-se, periodicamente sobre os progressos e dificuldades do seu filho(a)	82,05	17,95	100,00
As reuniões são realizadas em condições de total privacidade para os pais/encarregados de educação?	94,97	5,13	100,00
Está bem informado sobre os objetivos da intervenção terapêutica do seu filho(a)?	100,00	0,00	100,00
Participa ativamente na intervenção do seu filho(a)?	58,97	41,03	100,00
Está satisfeito por o seu filho(a) frequentar as sessões de terapia da fala na escola?	94,97	5,13	100,00
O seu filho(a) mostra-se satisfeito por frequentar as sessões de terapia da fala na escola?	100,00	0,00	100,00
Recomendaria a intervenção do terapeuta da fala na escola a outra pessoa?	100,00	0,00	100,00

5.1.4. Contexto Escolar vs Contexto Clínico

Nos grupos anteriores retirou-se a opinião de todos os inquiridos. Porém, aproveitando o facto de alguns dos alunos com NEE que atualmente são acompanhadas pelos técnicos da ACIP em CE, já terem tido experiência da intervenção em Terapia da Fala em CC, resolveu-se retirar a opinião dos seus encarregados de educação. Ou seja, dos 39 inquiridos, apenas 17 pessoas continuaram a participar neste inquérito.

Observando os dados da Tabela 11, pode-se afirmar contundentemente que os encarregados de educação apreciam claramente o CE, uma vez que 100% deles prefere esse contexto, ao invés do CC. Além da sua preferência, estes também consideram que os seus filhos escolhem o CE como melhor contexto, o que leva a crer que realmente se encontram satisfeitos com a intervenção terapêutica desenvolvida em CE. Só assim se poderá compreender que a totalidade dos inquiridos tenha optado por este contexto.

Tabela 11: Preferência de contexto (%).

	Contexto Clínico	Contexto Escolar	Total
Onde prefere que o seu filho tenha as sessões de terapia da fala?	0,00	100,00	100,00
E o seu filho, onde prefere ter as sessões?	0,00	100,00	100,00

Com a finalidade de compreender melhor esta distribuição na preferência dos encarregados de educação, foi-lhes pedida opinião mais específica sobre o atendimento prestado em CE (Tabela 12).

Quando questionados sobre em que contexto conseguem trocar informações com os TF's, 52,94% consideram o CE, 35,29% consideram que em ambos os contextos, 11,76% não têm opinião formada e 0% opta pelo CC. E, na questão seguinte, quando questionados sobre qual o contexto em que existe maior disponibilidade para haver reuniões, os encarregados de educação voltam a preferir o CE (52,94%), ao contrário do

CC (0%). No entanto 35,29% não têm preferência entre os contextos e 11,76% não têm opinião formada.

Este resultado pode ser considerado algo surpreendente, porque tal como referido em capítulo anterior, os TF's tem um contacto mais direto com os pais no CC, uma vez que, por norma, quando os encarregados de educação vão levar/buscar os seus filhos às sessões clínicas, o profissional de saúde costuma trocar informações, mesmo que breves, com os pais, enquanto que em CE a interação entre estes dois elementos ocorre através de reuniões, previamente acordadas por ambas as partes.

Esta inclinação pode-se justificar apenas pela qualidade do atendimento, ou seja, pelo tempo que o TF despende e pela informação que fornece aos pais. Em CE, além dos encontros entre estes intervenientes ser menos frequente, nas reuniões os encarregados de educação tem mais tempo para expor as suas ansiedades, relativamente ao filho, aumentando o conhecimento do TF sobre o caso, o que por vezes despoleta neste técnico a vontade de retirar o máximo de informações possível. Este interesse do técnico, provavelmente, causa nos pais um aumento do sentimento de proximidade. Enquanto que em CC apesar de ser mais frequente a interação, o tempo de cada uma delas é diminuto e, provavelmente, os pais com tão pouco tempo despendido para eles, sentem uma menor empatia com o técnico.

Ainda na Tabela 12, observa-se que a maior parte dos 17 inquiridos não têm opinião formada sobre o contexto em que perdem mais tempo, excluindo o tempo gasto na sessão terapêutica, uma vez que 47,06% escolheram a opção “Não sei” e, além disso, as outras três opções apresentam a mesma percentagem (“CE”, “CC” e “Ambos”).

Em suma, todos os pais que têm experiência nos dois contextos, optam claramente pelo CE e, na perceção dos mesmos, os filhos também gostam do CE.

Tabela 12: Opinião sobre o atendimento prestado entre os contextos (%).

	Contexto Escolar	Contexto Clínico	Ambos	Não Sei	Total
Em que contexto existe maior disponibilidade para a troca informações com os terapeutas da fala?	52,94	0,00	35,29	11,76	100,00
Em que contexto existe maior disponibilidade para haver reuniões, durante o ano letivo, para troca informações?	52,94	0,00	35,29	11,76	100,00
Em que contexto desperdiça mais tempo “fora o tempo da sessão”?	17,65	17,65	17,65	47,06	100,00

5.2. Terapeutas da Fala

5.2.1. Caracterização da Amostra

Neste subcapítulo serão apresentados dados relevantes para melhor compreender os resultados desta amostra constituída por TF's.

É desde logo importante referir que o número total de respostas obtidas foi de 285 TF's. No entanto, na seleção da amostra tornou-se importante escolher apenas os inquiridos que tiveram experiência de trabalho nos dois contextos, excluindo assim os TF's que não tinham experiência laboral, ou apenas a tinham num dos contextos (Tabela 13).

Após ter sido efetuada essa exclusão, sobrou uma amostra de 215 TF's que tinham trabalhado em ambos os contextos. Aos restantes, antes de finalizarem o seu questionário, foi-lhes colocada a questão se tinham curiosidade em trabalhar no contexto no qual não tinham experiência.

Tabela 13: Contextos de experiência de trabalho.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Contexto clínico	51	17,89
Contexto escolar	19	6,67
Ambos os contextos	215	75,44
Total	285	100

Como se pode observar na Tabela 13, apenas 51 dos 285 inquiridos, tinham apenas trabalhado em CC. A esses TF's foi-lhes colocada a questão se gostariam de ter uma experiência laboral em CE, ao que 47% responderam afirmativamente, ao invés dos que não têm interesse em ter uma experiência nesse contexto, que perfazem aproximadamente os restantes 53% (Tabela 14).

Tabela 14: Curiosidade em trabalhar em contexto escolar.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sim	24	47,06
Não	27	52,94
Total	51	100,00

Por sua vez, a Tabela 15 mostra que apenas 19 pessoas tinham atuado em CE, tendo-lhes sido questionado se consideravam interessante ter uma experiência em CC. Dos 19 inquiridos, 16 (84,21%) consideram que atuar nesse contexto poderia ser aliciante, enquanto que 3 (15,79%) não gostariam de o fazer.

Tabela 15: Curiosidade em trabalhar em contexto clínico.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sim	16	84,21
Não	3	15,79
Total	19	100,00

Como já foi referido, a amostra analisada será composta pelos 215 TF's que tinham experiência nos dois contextos.

Dos dados obtidos, na Tabela 16, constata-se que 95,35% dos inquiridos são do sexo feminino, o que não constituiu grande surpresa, uma vez que a população ativa nesta área das tecnologias da saúde é constituída maioritariamente por mulheres.

Tabela 16: Distribuição da amostra por género.

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	10	4.65
Feminino	205	95.35
Total	215	100

Também se constata que a profissão de Terapia da Fala é constituída por um corpo profissional bastante jovem (Tabela 17). Esta afirmação pode ser observada tanto pela idade como pela experiência laboral dos inquiridos. A média de idade dos inquiridos é de cerca de 29 anos (com um desvio padrão de 6,52) e a idade da pessoa mais jovem é de 22 anos e da mais velha é de 55, o que confirma a ideia de que esta profissão é bastante recente, uma vez que, pelas leis laborais atuais do país, pode-se trabalhar até aos 65 anos e a média de idades está bastante mais próxima da idade em que os TF's finalizam a sua formação (entre os 21 e 23 anos, se não reprovarem em nenhum ano no seu percurso escolar/universitário). Para corroborar estes dados, cerca de 60% dos inquiridos responderam que concluíram a licenciatura e iniciaram a sua atividade profissional há menos de 5 anos (Tabelas 18 e 19).

Tabela 17: Idade.

Idade Média	Desvio Padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
28.70	6,52	22	55

Tabela 18: Conclusão da licenciatura.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Há menos de 5 anos	133	61,86
5-10 anos	59	27,44
11-15 anos	11	5,12
16-20 anos	1	0,47
Há mais de 20 anos	11	5,12
Total	215	100,00

Tabela 19: Anos de prática profissional.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Há menos de 5 anos	129	60,00
5-10 anos	51	23,72
11-15 anos	15	6,98
16-20 anos	6	2,79
Há mais de 20 anos	14	6,51
Total	215	100,00

Relativamente às habilitações académicas constata-se que os inquiridos não prolongaram os seus estudos, uma vez que possuem, maioritariamente, o grau de licenciado (86%) (Tabela 20).

De salientar que uma pequena minoria de aproximadamente 2% (5 de um total de 215 inquiridos) possui o bacharelato. Estes dados são bastante plausíveis, uma vez que, com

a entrada do processo de Bolonha, todas as licenciaturas biológicas perderam o grau de bacharelato (Tabela 20).

Importa ainda referir que apenas 12% (26 de 215) é que tinham concluído o grau de mestre (Tabela 20). Esta situação pode ser compreendida, uma vez que, em território nacional apenas existem três mestrados que estão implicitamente ligados a esta licenciatura, que são: o mestrado na Área de Patologia da Linguagem, pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão; o mestrado em Ciências da Fala e da Audição, pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e o mestrado na Área de Especialização em Linguagem na Criança/ Linguagem no Adulto, pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Tabela 20: Habilitações académicas.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Bacharelato	5	2,33
Licenciatura	184	85,58
Mestrado	26	12,09
Doutoramento	0	0,00
Total	215	100,00

Deste estudo, constata-se uma forte empregabilidade, uma vez que, dos 215 inquiridos, 206 (96,49%) afirmam possuir emprego a tempo inteiro ou parcial. Apesar destes dados, não se pode aferir sobre a empregabilidade da população de TF's, já que pode ter existido um processo de auto-seleção neste questionário (Tabela 21).

Tabela 21: Empregabilidade.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Empregado	206	95,81
Desempregado	9	4,19
Total	215	100,00

Relativamente ao vínculo laboral, verifica-se que, dos 206 TF's com emprego, grande parte são trabalhadores independentes (28,64%), ou trabalham independentemente aliado a um contrato a termo certo (19,90%) ou ainda com contratos a tempo indeterminado (11,65%). Como se pode constatar, grande parte destes profissionais trabalha por conta própria, o que vai ao encontro com o que se assiste. Por norma, os TF's abrem e gerem o seu próprio espaço. Contudo, existem alguns TF's que trabalham com um contrato a termo certo (22,33%) e outros que tem um contrato por tempo indeterminado (17,48%) (Tabela 22).

Tabela 22: Vínculo laboral.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Contrato por tempo indeterminado	36	17,48
Contrato a termo certo	46	22,33
Trabalhador independente	59	28,64
Contrato a termo certo + Trabalhador independente	41	19,90
Contrato por tempo indeterminado + Trabalhador independente	24	11,65
Total	206	100,00

Neste inquérito, os TF's foram questionados sobre qual a área geográfica onde exercem a sua atividade profissional. Pelas respostas obtidas constata-se que grande parte dos inquiridos trabalha no litoral de Portugal. As três áreas com maior representação são a Grande Lisboa e Península de Setúbal com 33,01%, o Norte litoral com 23,79% e Centro litoral com 11,65%. Por sua vez, as áreas com menor participação são a Região Autónoma da Madeira (0,49%), Alentejo litoral (0,97%) e Algarve (1,94%). Estes dados vão ao encontro do que era expectável, uma vez que grande parte da população portuguesa vive no litoral e, conseqüentemente, grande parte dos serviços de saúde encontram-se mais difundidos em regiões com maior população (Tabela 23).

Tabela 23: Local de trabalho.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Norte litoral	49	23,79
Norte interior	14	6,80
Centro litoral	24	11,65
Centro interior	21	10,19
Grande Lisboa e Península de Setúbal	68	33,01
Alentejo interior	8	3,88
Alentejo litoral	2	0,97
Algarve	4	1,94
Região Autónoma dos Açores	15	7,28
Região Autónoma da Madeira	1	0,49
Total	215	100,00

Neste questionário também se colocou a questão sobre qual a escola em que os TF's se tinham licenciado. Como resposta obteve-se que 30,23% são antigos alunos da Escola

Superior de Saúde do Alcoitão e 20,93% formaram-se na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, ou seja 1/2 dos inquiridos tiveram a sua formação nestas escolas. As outras duas escolas com participação relevante foram a Escola Superior de Saúde Egas Moniz com 15,81% e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa com 11,16%. Os restantes inquiridos tinham-se formado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (6,51%), na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (4,65%), no Instituto Superior de Saúde do Alto Ave (3,72%), e, com a mesma percentagem (2,79%), a Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica e Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve (Tabela 24).

Tabela 24: Escola onde se formaram em Terapia da Fala.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoitão	65	30,23
ESSUA - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro	10	4,65
ESSUALG - Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve	6	2,79
ESS-IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal	14	6,51
ESTSP - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto	45	20,93
ISAVE - Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	8	3,72
ESSL-IPL - Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria	0	0,00
ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz	34	15,81
ESS- UAtlântica - Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica	6	2,79
FCS-UFP - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa	24	11,16
Outras Universidades	3	1,40
Total	215	100,00

Uma outra questão foi sobre qual era o rendimento mensal auferido pelos TF's e como se pode observar na Tabela 25, cerca de 47% auferem um rendimento mensal inferior a €1000 e os restantes 53,02% recebem um rendimento mensal superior a €1000.

Tabela 25: Rendimento mensal.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Menos de 500€	9	4,19
500 a 749,99€	28	13,02
750 a 999,99€	64	29,77
1000 a 1499,99€	83	38,60
1500 a 2000€	21	9,77
Acima de 2000€	10	4,65
Total	215	100

Neste questionário também se tentou conhecer qual o meio de transporte utilizado pelos TF's e, pelos dados na Tabela 26, pode-se constatar que quase todos (aproximadamente 94%) utilizam o automóvel ligeiro particular como meio de transporte predileto.

Tabela 26: Meio de transporte na deslocação casa-trabalho.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
A pé	3	1,40
Autocarro	4	1,86
Automóvel ligeiro particular	203	94,42
Bicicleta	1	0,47
Comboio	1	0,47
Metropolitano	3	1,40
Total	215	100

Uma das questões colocadas no questionário pretendia aferir quais as áreas específicas em que os inquiridos já atuaram. Na Tabela 27 pode-se observar uma forte homogeneidade nas respostas, uma vez que 100% dos inquiridos já efetuaram/efetuam a sua intervenção em atrasos do desenvolvimento da linguagem (100%), perturbações articulatórias e/ou fonológicas (100%), défice cognitivo (97,21%), perturbações específicas de linguagem (94,42%), perturbações do espectro do autismo (93,03%), perturbações vocais (cerca de 90,69%), multideficiência (89,77%), perturbações de alimentação (mastigação, deglutição) (87,44%) e perturbações decorrentes de alterações sensoriais (visão e/ou audição) (84,65%).

Tabela 27: Distribuição da experiência terapêutica.

	Atendo	Já atendi	Nunca atendi
Perturbações decorrentes de alterações sensoriais (visão e/ou audição)	55,35	29,30	15,35
Atrasos de desenvolvimento da linguagem	93,95	6,05	0,00
Multideficiência	51,63	38,14	10,23
Perturbações do espectro do Autismo	61,40	31,63	6,98
Défice Cognitivo	77,21	20,00	2,79
Perturbações específicas de linguagem	73,95	20,47	5,58
Perturbações articulatórias e/ou fonológicas	93,95	6,05	0,00
Perturbações vocais	37,67	53,02	9,30
Perturbações de alimentação (mastigação, deglutição)	50,70	36,74	12,56

5.2.2. Decreto-Lei 3/2008 e Preferência por Contextos de Trabalho

Tal como discutido em capítulo anterior, o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, constitui a legislação mais recente na área do EE. Apesar de ser alvo de algumas críticas, este decreto inseriu algumas alterações à legislação anterior, tais como permitir que o TF desenvolvesse a sua intervenção terapêutica no contexto natural da criança com NEE, ou seja o CE.

Pela sua relevância para a atuação deste profissional de saúde foi elaborada uma questão, para se averiguar a opinião dos TF's sobre esta temática.

Com uma breve análise aos dados da Tabela 28 verifica-se que a maior parte dos TF's concorda com esta legislação. Cerca de 139 pessoas (64,19%) de um total de 215 responderem afirmativamente a esta questão. Por outro lado, os dados nesta tabela sugerem que 21,40% dos TF's não concordam e que 14,42% não têm opinião formada sobre esta legislação.

Tabela 28: Opinião sobre Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sim	138	64,19
Não	46	21,40
Sem opinião	31	14,42
Total	215	100

Observando os dados obtidos constata-se que 2/3 dos TF's concordam com este decreto-lei, que os permite intervir em CE. Apesar de estes apreciarem o facto de poderem intervir no espaço escolar, decidiu-se averiguar se este profissional de saúde preferia trabalhar em CE ou em CC.

Com uma breve observação da Tabela 29 constata-se que uma parte considerável prefere trabalhar em CC (43,72%), seguido dos TF's que não tem qualquer tipo de preferência entre os contextos (28,84%) e apenas 27,44% preferem trabalhar em CE. Ou seja, os TF's têm uma clara preferência pela intervenção em CC.

Tabela 29: Preferência entre os contextos.

	Nº de Inquiridos	Porcentagem
Contexto clínico	94	43,72
Contexto escolar	59	27,44
Sem preferência	62	28,84
Total	215	100

5.2.3. Contexto Escolar vs Contexto Clínico

Na Tabela 30 estão expostos os resultados de várias questões, colocadas com o intuito de perceber, mais especificamente, as razões que poderiam justificar a preferência dos TF's pelo CC.

Na primeira questão aferiu-se que 49,77% dos inquiridos consideram que no CE têm de *fazer maior esforço pessoal para atingir os mesmos objetivos terapêuticos*, enquanto que apenas 15,35% considera que têm de se empenhar mais no CC.

Como se pode observar na segunda questão da Tabela 30, avaliou-se a percepção que estes profissionais de saúde têm sobre qual dos contextos sentem *maior liberdade para alterar horários*. Dos dados recolhidos constata-se que a escolha dos inquiridos recai sobre o CC com 47,91% (103 de 215), ao contrário dos 23,72% (51 de 215) que optaram pelo CE. Pode assim afirmar-se que os inquiridos consideram que, em CC têm maior controlo na gestão do tempo das sessões, uma vez que neste contexto o TF marca as sessões semanalmente, tendo em atenção a sua disponibilidade e da pessoa responsável pelo transporte da criança à clínica. Em CE o horário é definido conjuntamente com o dos professores do EE no início do ano letivo e registado em ata e, por essa razão, dificilmente se pode alterar no decorrer do mesmo. Além disso, o TF

sente algumas restrições em desenvolver o seu trabalho neste contexto uma vez que só pode marcar sessões entre as 8.30 e as 18.30 e as suas sessões não podem decorrer durante o tempo letivo dos alunos, tendo assim uma possibilidade de escolha de horário bastante restrito.

Na questão seguinte, na qual é indagada a consciência que os inquiridos têm do caso, desejava-se perceber em qual dos contextos os TF's sentem que *dispõem de mais informações sobre o caso*. Neste ponto, a preferência recaiu sobre o CE, com 36,74%, porém, não existe grande diferença entre os contextos, uma vez que o CC obteve 33,49% das opções.

Prosseguindo a explicação desta Tabela, na quarta questão os TF's referem que sentem que *obtêm com maior facilidade os objetivos terapêuticos* no CC (40,47%), distando dos 26,98% que consideram o CE.

Neste grupo de questões, que visa a comparação mais específica entre os dois contextos, 44,65% dos inquiridos referem que não sentem grande diferença na *disponibilidade dos alunos na realização das atividades* terapêuticas nas sessões. Porém 33,02% dos TF's considera que no CC os alunos executam as tarefas propostas com maior determinação e empenho, seguido do CE com 22,33%.

Por sua vez, 78,60% dos TF's considera que no CE existe *maior disponibilidade dos professores/educadores, para a partilha de informações* sobre o aluno/utente. Este é um valor bastante significativo, comparando com o CC, que reúne apenas 7,91% das opções. Esta situação é bastante compreensível uma vez que o TF e o professor partilham o mesmo contexto/espço, e a interação entre os mesmos é realizada através de contacto formal (reuniões previamente acordadas) ou informal (nos intervalos das aulas/sessões).

Na sexta questão, 53,02% dos inquiridos consideram que, em CC, existe maior facilidade em *partilhar informação com outros profissionais de saúde*, enquanto que 25,58% preferem o CE.

Na sequência da questão anterior, indagou-se qual seria o contexto em que existe *maior informação sobre os ficheiros clínicos dos utentes*. A esta questão, 53,02% dos inquiridos consideram que os TF's que atuam em CC têm maior facilidade em obter informações clínicas e, por outro lado, 25,58% consideram o CE. Nesta questão 27,44% não sente diferenças entre os contextos.

Em relação à facilidade em *obter o material importante* para o desenrolar da sessão, 42,79% considera que obtêm esse material com maior agilidade no CC, 39,53% opina que não existem diferenças entre os contextos e por último 17,67% deposita a sua preferência no CE. Assim, para os inquiridos o acesso ao material está mais facilitado em CC. Por vezes, durante o desenrolar da sessão, independentemente do material ser antecipadamente selecionado, o TF necessita de alterar a sua estratégia/material, para motivar o aluno/utente. Por norma, em CC, o TF tem disponível bastante material, enquanto que no CE, o TF apenas dispõe do material que planificou utilizar e transportou consigo para utilizar durante a sessão, mas que se pode revelar insuficiente, caso tenha de alterar a estratégia, reduzindo a flexibilidade da sua atuação.

Relativamente às *condições físicas* para o desenrolar de uma sessão terapêutica, os inquiridos destacam a preferência pelo CC (81,40%), em detrimento do CE (4,65%). A forte preferência para CC nas condições físicas, está intrinsecamente ligada ao facto de as escolas não terem sido construídas de raiz para que os TF's atuassem nas suas instalações. Verificando-se com frequência que este profissional tem de se sujeitar a atuar em locais não aconselháveis para o decorrer de uma sessão sem distrações ou interrupções (salas de aulas movimentadas, cantinas, bibliotecas, etc). Em CC, por norma, esta situação não acontece, uma vez que os TF's têm à sua disposição um espaço, onde raramente são interrompidos e o mesmo encontra-se previamente organizado para não ter elementos de distração que afetem a concentração da criança.

Em suma, pelos dados na Tabela 30, verifica-se que os inquiridos preferem o CC em várias dimensões, o que está em concordância com as respostas obtidas na Tabela 29.

A preferência dos TF's em desenvolver a sua atividade profissional em CC justifica-se porque estes consideram que: existe maior autonomia na gestão do tempo das sessões; o aluno/utente têm maior disponibilidade para interagir; o TF consegue partilhar informações com outros profissionais de saúde, mantendo assim a informação clínica frequentemente atualizada; existem melhores condições físicas e materiais no CC. O único parâmetro que os inquiridos apontam como desvantagem no CC é que, neste contexto, não conseguem partilhar informações com os professores com tanta facilidade como em CE.

Tabela 30: Preferência entre contexto clínico e escolar (%).

	Contexto clínico	Contexto escolar	Não sinto diferenças entre os contextos
Qual é o contexto que sente que precisa de realizar mais esforço pessoal, na globalidade, para obter os mesmos objetivos?	15,35	49,77	34,88
Qual é o contexto que sente maior autonomia na gestão do tempo das sessões terapêuticas (duração e frequência)?	47,91	23,72	28,37
Qual é o contexto que apresenta maior consciência do caso, na sua globalidade?	33,49	36,74	29,77
Qual é o contexto que obtém mais facilmente os seus objetivos terapêuticos?	40,47	26,98	32,56
Qual é o contexto que o utente apresenta maior disponibilidade para realizar as atividades?	33,02	22,33	44,65
Qual é o contexto que existe maior disponibilidade para partilha de informação com o(s) professor(es)/educador(es)?	7,91	78,60	13,49
Qual é o contexto que existe maior disponibilidade para partilha de informação com os técnicos de saúde que acompanham o caso (médicos, psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiolologista, etc)?	53,02	25,58	21,40
Qual é o contexto que existe maior disponibilização de ficheiros clínicos dos utentes do serviço com informação atualizada?	46,98	25,58	27,44
Qual é o contexto que tem melhor acesso a material importante para a intervenção terapêutica?	42,79	17,67	39,53
Qual é o contexto que tem melhores condições físicas (sala) para um bom decorrer da sessão terapêutica?	81,40	4,65	13,95

Na Tabela 31 são apresentados os dados que visam compreender a percepção que os TF's têm, sobre o grau de satisfação das outras pessoas que estão envolvidas na intervenção, dependendo do contexto em que é realizada. Quando questionados sobre a *percepção que têm da opinião dos encarregados de educação*, observa-se que a resposta com maior representatividade no CC é o "Muito Satisfeito" com 50,23% seguido do "Satisfeito" com 42,79%, enquanto que no CE, as opções escolhidas são o "Satisfeito", com 35,35% e o "Insatisfeito", com 33,49%. Tendo em consideração os dados anteriormente referidos, pode-se constatar que os TF's consideram que os encarregados de educação preferem o CC. Porém, no questionário dirigido aos pais cujos filhos com NEE são acompanhados pela ACIP, constatou-se que estes estavam bastante agradados com o CE.

Relativamente ao *feedback que têm dos utentes* em CC, quase metade das respostas (49,77%) recai sobre o parâmetro de "Satisfeito", seguido do "Muito Satisfeito" com 46,51%, o que somando perfaz um total de 96,28%. Em CE observa-se que 60,00% optam pelo "Satisfeito", seguido do "Muito Satisfeito" com 32,56% (total destas duas respostas é de 92,56%). Observando os resultados depreende-se que os TF's consideram que as crianças se encontram satisfeitas com os dois contextos, enquanto que no inquérito dirigido aos encarregados de educação cujos filhos com NEE são acompanhados por estas Instituições Particulares de Solidariedade Social, uma vez mais verificou-se que, pelo parecer dos pais, estes preferiam o CE.

Na questão sobre o *feedback da satisfação dos professores*, a resposta que mais TF's optam para CC, é o "Satisfeito" com 42,79%, seguida da "Insatisfeito" com 31,16%. Por sua vez em CE, a resposta com mais representação é "Satisfeito", com 51,16%, seguida da "Muito Satisfeito" com 33,95%. Tendo em atenção os dados apresentados, pode-se afirmar que, na percepção dos TF's, os professores preferem o CE.

Por último, da *percepção dos inquiridos sobre a satisfação dos outros profissionais de saúde envolvidos na intervenção*, 57,67% optou por "Satisfeito" em CC, seguido de "Insatisfeito", com 16,28%. Em relação ao CE, a resposta com maior percentagem é o "Satisfeito" com 47,44%, seguida da "Insatisfeito" com 28,37%. Observando os resultados constata-se se que o feedback que os TF's têm sobre a preferência dos outros profissionais de saúde envolvidos na intervenção é positivo para os dois contextos.

Tabela 31: Feedback em CC vs CE (%).

		Não sabe/sem opinião	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
CONTEXTO CLÍNICO	Feedback dos encarregados de educação	1,40	1,40	4,19	42,79	50,23
	Feedback das crianças	1,40	0,93	1,40	49,77	46,51
	Feedback dos professores	9,30	9,77	31,16	42,79	6,98
	Feedback dos outros profissionais envolvidos na intervenção	6,98	5,58	16,28	57,67	13,49
CONTEXTO ESCOLAR	Feedback dos encarregados de educação	6,51	13,49	33,49	35,35	11,16
	Feedback das crianças	2,79	0,93	3,72	60,00	32,56
	Feedback dos professores	2,79	0,93	11,16	51,16	33,95
	Feedback dos outros profissionais envolvidos na intervenção	6,51	4,19	28,37	47,44	13,49

5.3. Comparação de Custos

Nos subcapítulos anteriores foram analisadas as vantagens e desvantagens da intervenção em CE. Realiza-se agora uma breve reflexão sobre os custos inerentes a esta atividade tal como percebidos pelos encarregados de educação e pelos TF's.

5.3.1. Custos para os Encarregados de Educação

Com este tipo de serviço (intervenção terapêutica em CE), os encarregados de educação têm uma *redução do custo* comparativamente ao CC.

Quando os alunos com NEE são acompanhados em CC, frequentemente têm de ser transportados pelos seus responsáveis (encarregados de educação e/ou outros familiares) na viatura particular do seu agregado familiar. Esta situação ocorre porque, por norma, estes não habitam nas proximidades das clínicas que fornecem esse serviço.

Esse transporte semanal ou até mesmo bissemanal comporta alguns encargos, tais como custos com o combustível e com o estacionamento (algumas clínicas encontram-se em locais com maior tráfego, onde frequentemente o estacionamento não é grátis). Além disso os responsáveis pela criança, por vezes abandonam os seus postos de trabalho, durante a hora que levam o seu filho à clínica, quebrando assim a sua produtividade/produção.

Por sua vez em CE, os encarregados de educação veem os custos reduzidos, uma vez que por norma o agrupamento escolar encontra-se nas proximidades da habitação onde a criança vive. Além disso, não têm a sua rotina alterada, uma vez que a criança já se encontra no mesmo contexto, no qual irá decorrer a sessão e não perdem tempo/dinheiro no transporte da mesma.

Durante o questionário dirigido aos encarregados de educação, metade dos inquiridos (47,06%) respondeu que desconhecia qual seria o contexto que têm maior despesa (excluindo os gastos que tem com a sessão); no entanto, os restantes 52,94% apontaram o CC como o contexto mais dispendioso, o que seguramente influencia a preferência destes pelo CE (Tabela 32).

Tabela 32: Contexto com maior gasto financeiro (%).

Contexto Escolar	0,00
Contexto Clínico	52,94
Ambos	0,00
Não Sei	47,06
Total	100

No inquérito dirigido aos encarregados de educação, estes foram questionados sobre a frequência semanal e os custos que os próprios têm com as sessões de Terapia da Fala que os seus educandos frequentam.

Relativamente à frequência (Tabela 33), constatou-se que 38,46% destes tinham, no máximo, duas sessões semanais, e os restantes 61,54% tinham apenas uma sessão semanal.

Tabela 33: Frequência semanal.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Uma	24	61,54
Duas	15	38,46
Total	39	100.00

Na Tabela 34 observa-se que 66,67% dos inquiridos gastam mais de 100€ mensais e uma parte considerável desconhece o valor que gasta mensalmente (25,64%).

Tendo em atenção os baixos rendimentos do agregado familiar, pode-se depreender que estes teriam dificuldade em custear as sessões até porque, se estes pais não tivessem apoio estatal, teriam de desembolsar aproximadamente 120€ mensais para os alunos

com NEE que têm uma sessão semanal e 240€ mensais para os que têm duas. Por essa razão observa-se que 84,62% da amostra tem comparticipação total através do Estado. Os restantes 15,38% também recebem uma comparticipação parcial (Tabela 35). Esses 15,38% correspondem a 6 agregados familiares (de um total de 39), em que 50,00% deles recebe valores compreendidos entre 0€ e 25€ e a outra metade recebe entre e 76€ a 100€ (Tabela 36).

Tabela 34: Custo mensal das sessões.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Não sabe	10	25,64
De 0 a 50€	3	7,69
De 51 a 100€	0	0,00
De 101 a 150€	16	41,03
De 151 a 200€	0	0,00
De 201 a 250€	0	0,00
Acima de 250€	10	25,64
Total	39	100.00

Tabela 35: Sessões comparticipadas.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sim	33	84,62
Não	6	15,38
Total	39	100.00

Tabela 36: Valor compartilhado dos agregados que não recebem apoio custeado na totalidade.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
De 0 a 25€	3	50,00
De 26 a 50€	0	0,00
De 51 a 75€	0	0,00
De 76 a 100€	3	50,00
Acima de 100€	0	0,00
Total	6	100.00

Apesar do custo das sessões para estes pais ser nulo ou com valores inferiores ao praticado no mercado, 100% dos inquiridos afirmam que não estariam dispostos a pagar mais algum dinheiro por mês (Tabela 37), o que se compreende visto que neste momento assiste-se a um período de contenção geral que, como é óbvio, também atinge estas famílias que tem um baixo rendimento e que não pretendem ter encargos familiares adicionais. Contudo 56,41% considera que o preço atual da consulta é adequado e os restantes (43,59%) considera como demasiado caro (Tabela 38).

Tabela 37: Disponibilidade para financiar parte da intervenção.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Sim	0	0,00
Não	39	100.00
Total	39	100.00

Tabela 38: Opinião sobre custo preço mensal com a intervenção.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Adequado	22	56,41
Demasiado Caro	17	43,59
Total	39	100.00

5.3.2. Custos para os Terapeutas da Fala

No último grupo do questionário dirigido aos TF's aferiu-se da perceção que os próprios têm sobre os custos decorrentes do desenrolar da sua atividade profissional.

Na Tabela 39 pode-se observar que os TF's, quando questionados sobre qual o contexto em que têm maiores gastos, consideram o CE como sendo o mais dispendioso, com 40% dos indivíduos a escolhê-lo, seguido do CC com 32%. Por sua vez, aproximadamente 28% dos TF's são da opinião que não há diferenças assinaláveis entre os dois contextos.

Tabela 39: Contexto com maior custo para realizar a sua atividade.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Contexto clínico	69	32,09
Contexto escolar	86	40,00
Não sinto diferenças entre os contextos	60	27,91
Total	215	100

Nas Tabelas 40 e 41 são apresentados os custos que os TF's têm em desenvolver a sua atividade profissional em CC e em CE, respetivamente. Com os dados apresentados nestas Tabelas, conclui-se que, em CC, o grupo com maior representatividade é o que gasta entre “25€ a 50€”, com 21,32%. Além disso, pode-se observar que cerca de 52% gasta até 75€ mensalmente e apenas 29% gasta acima desse valor. Por sua vez no CE, 20,63% dos inquiridos gasta entre “25€ a 50€”. Além disso pode-se observar que cerca de 45% gasta até 75€ mensalmente e apenas 28% gasta acima desse valor.

Comparando os dados das duas tabelas constata-se que na ótica dos inquiridos não existem diferenças assinaláveis entre o valor despendido para trabalhar num ou noutro contexto.

Tabela 40: Custo mensal médio da sua intervenção em contexto clínico.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Menos de 25€	35	17,77
25€ a 50€	42	21,32
51€ a 75€	25	12,69
76€ a 100€	22	11,17
Mais de 100€	35	17,77
Não sei	38	19,29
Total	215	100

Tabela 41: Custo mensal médio da sua intervenção em contexto escolar.

	Nº de Inquiridos	Percentagem
Menos de 25€	16	10,00
25€ a 50€	33	20,63
51€ a 75€	23	14,38
76€ a 100€	28	17,50
Mais de 100€	16	10,00
Não sei	44	27,50
Total	215	100

6. Conclusão

No presente estudo procedeu-se a uma análise dos benefícios e dos custos inerentes à intervenção do TF em alunos com NEE em CE. Porque não existem em Portugal quaisquer dados empíricos ou quaisquer estudos prévios sobre estas matérias, as medidas dos benefícios e custos foram extraídas das respostas dadas por encarregados de educação de alunos com NEE e por TF's relativamente a vantagens/desvantagens e custos da intervenção deste profissional de saúde em CE. Uma vez que a possibilidade de intervenção de TF em CE é bastante recente, a apreciação da grandeza dos benefícios e custos neste contexto foi feita por comparação com similares medidas relativas à intervenção deste profissional de saúde no contexto tradicional, isto é, o CC.

Sumariamente, das respostas extraídas dos questionários que lhes foram dirigidos, pode-se concluir que os encarregados de educação preferem a intervenção terapêutica que se desenrola em CE, enquanto que os TF's tendem a apontar o CC como o melhor contexto. De facto, verificou-se que os encarregados de educação cujos filhos com NEE têm um acompanhamento terapêutico fornecido pela ACIP, preferem indubitavelmente a intervenção que decorre em CE e, na sua perceção, consideram que os seus filhos estão agradados com este serviço de saúde. Sendo certo que não se pretende neste trabalho generalizar esta conclusão, até porque a ela pode estar subjacente um processo de auto-selecção além de se tratar de uma amostra pequena e específica a apenas uma instituição, importa compreender as principais razões apontadas para esta preferência pelo CE. O inquérito realizado indica que a escolha dos encarregados de educação recai neste tipo de intervenção (em CE) porque estes sentem que estão melhor informados sobre os objetivos/intervenção terapêutica/informação clínica prestada. Além disso, consideram que existe maior disponibilidade para a troca de informação entre eles e o TF, em CE, apesar de grande parte deste contacto ser realizado via telefone e através de reuniões previamente acordadas. Este é um aspeto surpreendente uma vez que se esperaria que estes contactos entre os responsáveis pelas crianças e os TF fossem mais facilitados em CC uma vez que neste contexto os encarregados de educação e os TF's partilham o mesmo espaço aquando do acompanhamento das crianças às sessões terapêuticas. As razões apontadas apresentam-se assim como um benefício da intervenção em CE a ser mantida e/ou aprofundada e sugerem também a necessidade de colmatar esta deficiência em CC. Além da qualidade da informação trocada, os encarregados de educação apontam também um menor custo associado à intervenção

em CE do que em CC. Note-se, não obstante, que cerca de metade destes encarregados de educação consideram estes custos excessivos.

Do inquérito realizado aos TF constata-se que, apesar de 2/3 dos inquiridos concordarem com o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro (primeiro decreto-lei que permite aos técnicos de saúde intervirem no espaço escolar), a sua preferência recai claramente sobre o trabalho em CC em detrimento do CE. Esta preferência justifica-se em virtude de estes profissionais de saúde considerarem que para intervir em CE têm de fazer maior esforço pessoal; maior dificuldade em atingir os objetivos terapêuticos propostos; menor gestão do tempo de intervenção; menor acesso aos ficheiros clínicos do aluno com NEE; menor disponibilidade dos outros profissionais de saúde; menor qualidade/quantidade do material importante para a intervenção e condições de sala deficitárias para o decorrer da sessão. No entanto, os inquiridos consideram que em CE existe a vantagem de partilharem o mesmo contexto do professor, conseguindo assim uma maior troca de informações com este profissional da educação, o que é deveras importante para manter a intervenção atualizada e direcionada às necessidades da criança.

Dada a importância da vantagem apontada pelos TF ao trabalho em CE, acompanhada da clara preferência dos encarregados de educação pelo CE, torna-se claro que urge colmatar sérias deficiências às atuais condições de trabalho com que estes profissionais de saúde se deparam em CE, nomeadamente no que concerne às condições das salas onde decorre a intervenção e à quantidade/qualidade do material terapêutico que lhes é disponibilizado, para que o propósito maior das intervenções de saúde em CE seja efetivamente alcançado em Portugal.

Bibliografia

Abecassis, F. (2001). *Análise económica*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Afonso, C. (2008). Educação especial em Portugal. *Opps! Revista de opinião Socialista*, (2), 8-10.

American Speech Language Hearing Association (2011). History of ASHA. Disponível em <<http://www.asha.org/about/history.htm>>.

Associação Portuguesa Terapeutas da Fala (2011). *Sobre a APTF - História*. Disponível em <<http://www.aptf.org/historia.php>>.

Baía, B. (2010). *A actuação do Psicólogo Escolar no ensino. Representações Sociais que os professores do EBI da Praia têm sobre a actuação do Psicólogo Escolar*. Monografia da Licenciatura em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento. Jean Piaget de Cabo Verde, Praia, Cabo Verde.

Baker, B. e Brightman, A. (2009). *Passos para a autonomia: ensinar actividades diárias a crianças com necessidades especiais*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, D.L.

Barata, J. (2004). *Elaboração e avaliação de projectos*. Oeiras, Portugal: Celta.

Centro de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança. (2009). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Versão para Crianças e Jovens*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Correia, L. (2007). Porquê a CIF, se a investigação, os especialistas e os pais não aconselham. Disponível em <<http://www.educare.pt/educare>>.

Costa, M., Alves, A. e Rêgo, F. (2006). Distúrbio de Aprendizagem. In Rockland, A. e Borba, J. Primeiros passos na fonoaudiologia – Conhecer para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. São José dos Campos, Brasil: Pulso.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2008). *Educação Especial – Manual de Apoio à Prática*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.

Direcção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo (2009). *Inclusão e Sucesso Educativo*. Disponível em <<http://www.drelvt.min-edu.pt/ise/ise.asp>>.

Duchan, J. (2002). What Do You Know About Your Profession's History? And why Is It Important? *The ASHA Leader*. Disponível em <<http://www.asha.org/Publications/leader>>.

Escola Superior de Saúde do Alcoitão. *Datas Históricas*. Disponível em <<http://www.essa.pt>>.

Farias, N. e Buchalla, C. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 8(2), 187-193.

Fundação Caloust Gulbenkian (2003). Conferência sobre “*Necessidades e benefícios*” *Convenção internacional sobre os direitos humanos das pessoas com deficiência*. Lisboa, Portugal.

Guedes, Z. (2006). E o que é a Fonoaudiologia? In Rockland, A. e Borba, J. Primeiros passos na fonoaudiologia – Conhecer para intervir nas patologias, distúrbios e exames fonoaudiológicos. São José dos Campos, Brasil: Pulso.

Gamelas, A. (2003). *Contributos para o estudo da ecologia de contextos pré-escolares inclusivos* (1º ed). Lisboa, Portugal: Departamento da Educação Básica.

Gaspar, S. (2008). *O papel do docente de apoio educativo na construção de uma escola inclusiva*. Dissertação do Mestrado em Educação na Especialidade de Formação Pessoal e Social. Departamento de Educação, Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa.

Lavrador, R. (2009). *A Utilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Especialização em Dificuldades de Aprendizagem Específicas. Universidade do Minho, Portugal: Instituto de Estudos da Criança.

Lima, M. (2007). Pesquisando as práticas da psicologia no ambiente escolar. *Barbarói - Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia*. Santa Cruz do Sul, (27), 92-106.

Lopes, E. (2010). *Delfinoterapia e Necessidades Especiais*. Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre em Actividade Física Adaptada. Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal.

Maciel, M. (2000). Portadores de Deficiência a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*. 14, (2), 1-56.

Ministério da Educação Brasileiro. *Declaração de Salamanca - Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais*.

Nielsen, L. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula - Um guia para professores* (1º ed.). Porto, Portugal: Porto Editora.

Oliveira, I. (2007) Emigração, retorno e reemigração na primeira metade do século XX. *Análise Social*, XLII (184), 837-852.

Organização Mundial da Saúde (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.

Pacheco, E. e Caraça, E. (1994). Fonoaudiologia Escolar. *Temas de Fonoaudiologia* (5ºed.). São Paulo, Brasil: Ed. Loyola.

Sanches, I. (2001). *Necessidades educativas especiais e apoios e complementos educativos no quotidiano do professor*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Sanches, I. e Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, (8), 8-83.

Silva, C. e Peixoto, V. (2008). Rastreio e prevalência das perturbações da comunicação num agrupamento de escolas. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (5), 272-282.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa, Portugal: Instituto de Inovação Educacional.

Warnock, M. (1978). *The Warnock Report - Special Educational Needs*. Londres, Inglaterra: Her Majesty's Stationery Office.

World Health Organization (1998). *Saúde 21: uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região europeia da OMS*. Loures, Portugal: Lusociência.

Legislação

Decreto Lei nº564/99, de 21 de Dezembro. Diário da República, 1ª série - Nº 295. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei 6/2001, 18 de Janeiro. Diário da República, 1ª série - Nº295. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.

Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro – Regime Educativo Especial. Diário da República, 1.ª série - Nº 4. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.

Lei de Bases do Sistema Educativo Lei nº46/86, subsecção IV. Diário da República, 1.ª série - Nº 237. Lisboa, Portugal: Assembleia da República.

Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto. Diário da República, 1.ª série - Nº 194. Lisboa, Portugal: Assembleia da República.

Lei nº 46/2006, de 28 de Agosto. Diário da República, 1.ª série - Nº 165. Lisboa, Portugal: Assembleia da República.

Anexo 1: Pedido de autorização dirigido ao Presidente da ACIP.

João Filipe Martins Alves
Rua da Eira nº9 4715-365 Braga

Exmo. Senhor Presidente
Da Ave Cooperativa de Intervenção
Psico-Social, C.R.L.
Rua da Ribeira, Edf da Fonte, loja F
4770-207 Joane

Data: 24 de Novembro de 2010

Assunto: Solicitação para ministrar questionários na Ave Cooperativa de Intervenção Psico-Social, C.R.L.

Exmo Senhor Presidente, venho por este meio solicitar a V. Ex^a. que se digne a autorizar-me a realizar um estudo na instituição que preside, intitulado “Uma análise custo-benefício da intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar”, que está a ser desenvolvido no âmbito de elaboração da dissertação de conclusão do Mestrado em Economia e Política de Saúde da Universidade do Minho.

A investigação consiste na aplicação de um questionário, no qual serão abordados a percepção que os pacientes e familiares têm da importância desta intervenção e o valor da actuação do terapeuta da fala em contextos escolares. Esse questionário estará dividido em duas partes. Na primeira, apresentar-se-á uma sucinta explicação da finalidade da aplicação do questionário e a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais, sendo apenas utilizados para fins estatísticos. Da segunda parte, constará o questionário propriamente dito, com perguntas fechadas de interesse para a resolução deste projecto; como exemplo, numa escala de 0 a 5, será pedido para avaliarem a satisfação da terapia realizada em contexto escolar. Questões de valoração serão também aplicadas aos familiares destes pacientes.

Será também aplicado um outro questionário que avaliará a percepção que os terapeutas da fala da AVE - ACIP - Ave Cooperativa de Intervenção Psico-Social, C.R.L. têm da sua própria intervenção em contextos escolares. Esse questionário estará dividido em duas partes. Na primeira é apresentada uma sucinta explicação da finalidade da aplicação do questionário e a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais, sendo apenas utilizados para fins estatísticos. A segunda parte, o questionário propriamente dito, com perguntas fechadas de interesse para a resolução deste projecto; como exemplo, numa escala de 0 a 5, será pedido para avaliarem a satisfação da terapia realizada em contexto escolar.

Por fim serão cruzados e comparados os custos inerentes a esta actividade, comparando com os custos da intervenção em contexto clínico.

Fico-lhe grato pela atenção e entretanto, encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

João Filipe Martins Alves

Aluno do 2º ano do Mestrado em Economia e Política da Saúde da Universidade do Minho

Anexo 2: Questionário dirigido aos encarregados de educação.

Estamos a realizar um estudo intitulado “*Uma análise custo-benefício da intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar*”, no âmbito do Mestrado em Economia e Política da Saúde da Universidade do Minho, que tem como um dos seus objectivos avaliar a percepção que os encarregados de educação dos alunos com necessidades educativas especiais têm da actuação dos terapeutas da fala, no contexto escolar.

Para concretizar este objectivo precisamos da sua colaboração. Assim, agradecemos que disponibilize um pouco do seu tempo para responder a este questionário.

Este questionário é de natureza confidencial. O seu tratamento é efectuado de uma forma global e, por conseguinte, o seu anonimato será absolutamente respeitado.

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração,

João Alves

(Aluno do Mestrado em Economia e Política da Saúde – Universidade do Minho)

Para cada uma das questões que se seguem, faça uma cruz nos ☐ correspondente (s) ou preencha os espaços em branco.

Grupo I

1. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou

Pai

Mãe

Sem escolaridade

Abaixo do 1º Ciclo (4ª Classe)

1º Ciclo (4ª Classe)

2º Ciclo (6ª Classe)

3º Ciclo (9º Ano de Escolaridade)

Ensino Secundário (12ºAno)

Curso Técnico-Profissional

Bacharelato ou CursoMédio

Licenciatura ou Superior

2. Situação Profissional:

Pai

Mãe

Trabalhador (a) por conta própria

Trabalhador (a) por conta de outrem

Desempregado (a)

Reformado (a)

3. Quantas pessoas tem o seu agregado familiar? _____

4. Indique qual é o rendimento mensal que recebe (líquido) o seu agregado familiar?

Rendimento mensal
do agregado familiar

até 500 €

de 501 € a 750 €

de 751 € a 1000 €

de 1001 € a 1500 €

de 1501 € a 2000 €

mais de 2000 €

5. Ciclo(s) que frequenta actualmente o seu filho(a) que têm terapia da fala nas escolas:

Ensino Pré-Escolar

1º Ciclo do Ensino Básico

2º Ciclo do Ensino Básico

3º Ciclo do Ensino Básico

Grupo II

1. Quem o aconselhou/recomendou a ingressar neste projecto?

Profissionais de saúde

Professores

Familiares

Outros

Quais?

2. Quantas sessões de terapia da fala é que o seu filho faz por semana?

Uma

Duas

3. Quanto paga por mês pelas sessões do seu filho(a)? _____ euros

4. Acha que o preço mensal das sessões é?

Adequado

Demasiado Caro

5. Caso fosse necessário para assegurar as sessões, estaria disposto a pagar mais algum dinheiro por mês?

Sim

Não

Se sim, até quanto euros por mês? _____ euros

6. As sessões de terapia da fala do seu filho são comparticipadas pelo estado na totalidade?

Sim

Não



Se não qual é o valor participado por mês?

De 0 a 25€

De 26 a 50€

De 51 a 75€

De 76 a 100€

Acima de 100€

7. Tendo em conta o atendimento prestado actualmente na ESCOLA, faça uma cruz nos ☐ que vai de encontro à sua opinião.

		Não sabe/sem opinião	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1.	Qual é o seu grau de satisfação relativamente ao apoio em terapia da fala prestado no espaço escolar?					
2.	Qual é grau de satisfação que o seu filho(a) apresenta relativamente ao apoio em terapia da fala prestado no espaço escolar?					
3	Qual é o seu grau de satisfação relativamente à informação clínica prestada					

8. Tendo em conta o atendimento prestado actualmente na escola, faça uma cruz nos ☐ que vai de encontro à sua opinião.

Sim Não

Está informado dos meios através dos quais pode pedir informações e esclarecimentos.

É informado, periodicamente, sobre os progressos e dificuldades do seu filho(a).

Procura informar-se, periodicamente sobre os progressos e dificuldades do seu filho(a)

As reuniões são realizadas em condições de total privacidade para os pais/encarregados de educação?

Está bem informado sobre os objectivos da intervenção terapêutica do seu filho(a)?

Participa activamente na intervenção do seu filho(a)?

Está satisfeito por o seu filho(a) frequentar as sessões de terapia da fala na escola?

O seu filho(a) mostra-se satisfeito por frequentar as sessões de terapia da fala na escola?

Recomendaria a intervenção do terapeuta da fala na escola a outra pessoa?

Grupo III

Responda a este grupo apenas se o seu filho tiver frequentado sessões de terapia da fala em clínicas.

1. Onde prefere que o seu filho tenha as sessões de terapia da fala?

Contexto	Contexto
Clínico	Escolar

2. E o seu filho, onde prefere ter as sessões?

Contexto	Contexto
Clínico	Escolar

3. Tendo em conta o atendimento prestado actualmente na escola, faça uma cruz nos ☐ que vai de encontro à sua opinião.

Contexto	Contexto	Ambos	Não
Escolar	Clínico		Sei

- 1 Em que contexto existe maior disponibilidade para a troca informações com os terapeutas da fala?
- 2 Em que contexto existe maior disponibilidade para haver reuniões, durante o ano lectivo, para troca informações?
- 3 Em que contexto desperdiça mais tempo “fora o tempo da sessão”?
- 4 Em que contexto tem maior gasto financeiro (fora o que gasta na sessão) durante o ano lectivo?

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 3: Questionário online dirigido aos terapeutas da fala.

Página Web 1 de 8

Questionário	Summary	Spreadsheet
<p>Estamos a realizar um estudo intitulado "Uma análise custo-benefício da intervenção do terapeuta da fala em alunos com necessidades educativas especiais em contexto escolar", no âmbito do Mestrado em Economia e Política da Saúde da Universidade do Minho, que tem como um dos seus objectivos avaliar a percepção que os próprios prestadores têm do seu trabalho, diferenciando as vantagens e desvantagens de actuar em contexto escolar.</p> <p>Para concretizar este objectivo precisamos da sua colaboração. Assim, agradecemos que disponibilize um pouco do seu tempo para responder a este questionário.</p> <p>Este questionário é de natureza confidencial. O seu tratamento é efectuado de uma forma global e, por conseguinte, o seu anonimato será absolutamente respeitado.</p> <p>Muito obrigado pela sua atenção e colaboração,</p>		
<p>Já alguma vez trabalhou em Terapia da Fala? *</p> <p>Se já trabalhou nem que tenha sido apenas uma hora e recebeu um pagamento em dinheiro ou de outro tipo.</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>		
Page 2	After page 1	Continue to next page
<p><small>Note: "Go to page" selections will override this navigation. Learn more.</small></p>		

Género *

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Idade *

Habilitações académicas *

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Escola onde efectuou o curso de Terapia da Fala: *

- ☐ ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoltão
☐ ESSUA - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
☐ ESSUALG - Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve
☐ ESS-IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
☐ ESTSP - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
☐ ISAVE - Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
☐ ESSL-IPL - Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria
☐ ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz
☐ ESS- UAtlântica - Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica
☒ FCS-UIP - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
☐ Other:

Conclusão da licenciatura *

- ☐ Há menos de 5 anos
☐ 5-10 anos
☐ 11-15 anos
☐ 16-20 anos
☐ Há mais de 20 anos

Anos de prática profissional *

- ☐ Menos de 5 anos
☐ 5-10 anos
☐ 11-15 anos
☐ 16-20 anos
☐ Há mais de 20 anos

De entre as seguintes opções, indique quais as perturbações que atende actualmente, que já atendeu, ou que nunca atendeu? *

	Atendo	Já atendi	Nunca atendi
Perturbações decorrentes de alterações sensoriais (visão e/ou audição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atrasos de desenvolvimento da linguagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multideficiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbações do espectro do Autismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Défice Cognitivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perturbações específicas de linguagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbações articulatórias e/ou fonológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbações vocais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perturbações de alimentação (mastigação, deglutição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Actualmente está: *

- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado

Page 3

After page 2 [Continue to next page](#)

Note: "Go to page" selections will override this navigation. [Learn more](#)

Vinculo Laboral *

Pode seleccionar mais do que uma opção.

- ☐ Contrato por tempo indeterminado
- ☐ Contrato a termo certo
- ☐ Trabalhador independente

Instituição actual de trabalho *

Pode seleccionar mais do que uma opção.

- ☐ Lar
- ☐ Hospital
- ☐ Clínica/Consultório
- ☐ Agrupamento escolar
- ☐ IPSS
- ☐ Ensino - Docente Universitário
- ☐ Other:

Local de trabalho *

- ☐ Norte litoral
- ☐ Norte interior
- ☐ Centro litoral
- ☐ Centro interior
- ☐ Grande Lisboa e Península de Setúbal

- ☐ Alentejo Interior
- ☐ Alentejo litoral
- ☐ Algarve
- ☐ Região Autónoma dos Açores
- ☐ Região Autónoma da Madeira
- ☐ Estrangeiro

Page 4

After page 3

Continue to next page

Concorda com o Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro? *

Define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar, nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios da escola.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Sem opinião

Habitualmente como chegam os utentes até si? *

Pode seleccionar mais do que uma opção.

- ☐ Encaminhados pelo médico de família e/ou especialista
- ☐ Sinalizados pelo professor e/ou educador
- ☐ Iniciativa dos familiares/encarregados de educação
- ☐ Other:

Como terapeuta da fala já trabalhou em: *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Ambos os contextos

Page 5

After page 4

Continue to next page

Note: "Go to page" selections will override this navigation. [Learn more](#)

Gostaria de trabalhar em contexto escolar? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Page 6

Gostaria de trabalhar em contexto clínico? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Page 7

After page 6 [Go to page 10](#)

Em que contexto prefere trabalhar? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Sem preferência

Qual é o contexto que sente maior autonomia na gestão do tempo das sessões terapêuticas (duração e frequência)? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que apresenta maior consciência do caso, na sua globalidade? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que obtém mais facilmente os seus objectivos terapêuticos? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que o utente apresenta maior disponibilidade para realizar as actividades? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que existe maior disponibilidade para partilha de informação com o(s) professor (es)/educador(es)? *

- ☐ Contexto clínico

- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que existe maior disponibilidade para partilha de informação com os técnicos de saúde que acompanham o caso (médicos, psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, etc)? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que existe maior disponibilização de ficheiros clínicos dos utentes do serviço com informação actualizada? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que tem melhor acesso a material importante para a intervenção terapêutica? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o contexto que tem melhores condições físicas (sala) para um bom decorrer da sessão terapêutica? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Page 8

After page 7

Continue to next page

Por favor, assinale com uma cruz o seu grau de satisfação relativamente aos aspectos seguintes, em CONTEXTO CLÍNICO *

	Não sabe/sem opinião	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Feedback dos encarregados de educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feedback das crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feedback dos professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Feedback dos outros
profissionais envolvidos na
intervenção

☐
☐
☐
☐
☐

Por favor, assinale com uma cruz o seu grau de satisfação relativamente aos aspectos seguintes,
em CONTEXTO ESCOLAR *

	Não sabe/sem opinião	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Feedback dos encarregados de educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feedback das crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feedback dos professores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feedback dos outros profissionais envolvidos na intervenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page 9

After page 8

Continue to next page

Qual é o contexto que sente que precisa de realizar mais esforço pessoal, na globalidade, para
obter os mesmo objectivos? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Na sua experiência em que contexto tem maior custo financeiro para realizar a sua actividade? *

- ☐ Contexto clínico
- ☐ Contexto escolar
- ☐ Não sinto diferenças entre os contextos

Qual é o seu principal meio de transporte na deslocação casa-trabalho? *

- ☐ A pé
- ☐ Automóvel ligeiro particular
- ☐ Autocarro
- ☐ Metropolitano
- ☐ Other:

Qual é o seu rendimento mensal? *

Referente ao último rendimento mensal que recebeu como terapeuta da fala

- ☐ Menos de 500€
- ☐ 500 a 749,99€
- ☐ 750 a 999,99€
- ☐ 1000 a 1499,99€
- ☐ 1500 a 2000€
- ☐ Acima de 2000€

Qual é o custo mensal médio da sua intervenção em contexto CLÍNICO? *

Todos os gastos pessoais que tem, como por exemplo transporte, estacionamento, outros.

- ☐ Menos de 25€
- ☐ 25€ a 50€
- ☐ 51€ a 75€
- ☐ 76€ a 100€
- ☐ Mais de 100€
- ☐ Não sei

Qual é o custo mensal médio da sua intervenção em contexto ESCOLAR? *

Todos os gastos pessoais que tem, como por exemplo transporte, estacionamento, outros.

- ☐ Menos de 25€
- ☐ 25€ a 50€
- ☐ 51€ a 75€
- ☐ 76€ a 100€
- ☐ Mais de 100€
- ☐ Não sei

Page 10

After page 9

Continue to next page

O seu questionário termina aqui.

Obrigado pela sua colaboração!